Karakteristieken en noden van ouders met druggebruikende kinderen

Explorative studie naar verandering en tevredenheid bij deelnemers van oudergroepen die werken volgens de principes van het GROOD-werkboek.

VAD Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw

Vanderlindenstraat 15 | 1030 Brussel | T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Colofon

Auteur(s)

Soyez, V., doctor-assistent Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek
Van Belle, F., student orthopedagogiek (3de licentie) Universiteit Gent
Vermote, E., student orthopedagogiek (3de licentie) Universiteit Gent
Vandevelde, S., docent Hogeschool Gent, Departement Sociaal-Agogisch Werk
Broekaert E., hoogleraar Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek

Redactie

Laudens, F, stafmedewerker VAD
De Bock, M, stafmedewerker VAD
Van Havere, T, stafmedewerker VAD
Roose, N., stafmedewerker VAD
Geirnaert, M., directeur VAD

Verantwoordelijke uitgever

F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
wettelijk depotnummer: D/2007/6030/19

VAD
DE DRUGLIJN 078-15-10-20

VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Inhoudstafel

Voorwoord

In 2004 ontwikkelde VAD, in samenwerking met het werkveld, het GROOD-werkboek (Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen). Deze werkmap is bedoeld voor beroepskrachten en vrijwilligers die oudergroepen met druggebruikende kinderen begeleiden. Ouders van druggebruikende kinderen zitten immers met veel vragen en zijn bezorgd over het druggebruik van hun kinderen. Met dit werkboek willen we begeleiders handvatten aanreiken om hier op een adequate manier mee om te gaan.

Samengaand met de algemene tendens naar meer "evidence based' werken, kwam ook de vraag naar evaluatie van deze 'methodiek' meer op de voorgrond. Is deze interventie ook effectief bij de doelgroep? Hebben ouders na het volgen van de groepswerking meer vertrouwen in hun ouderlijke rol? Zien ze zichzelf terug als competente ouders? Voelen ze zichzelf beter als persoon?

In overleg met de vakgroep orthopedagogiek (UGent) en het Departement Sociaal-Agogisch werk (Hogeschool Gent) werd besloten gezamenlijk een (kleinschalig) evaluatieonderzoek van deze methodiek uit te werken. Deze evaluatie zou gebruikt worden als vooronderzoek van een ruimer project , dat focust op de begeleiding van significante anderen van personen die middelen misbruiken, waarvoor beide partners subsidiëring aanvroegen via PWO-middelen van de Hogeschool Gent. Het vooronderzoek gebeurde onafhankelijk van de subsidie-toekenning.

In het voorliggende rapport vindt u de beschrijving van de onderzoeksmethodologie en van de resultaten van het evaluatieonderzoek van het GROOD-werkboek.

Wij willen hierbij speciaal de medewerkers van de Vakgroep Orthopedagogiek (UGent) en het Departement Sociaal-Agogische werk (Hogeschool Gent) bedanken voor hun deskundige en enthousiaste inzet bij het uitwerken en begeleiden van het evaluatieonderzoek.

Marijs Geirnaert, VAD

Dankwoord

Dit onderzoek was niet tot stand kunnen komen zonder de medewerking van veel verschillende mensen. In de eerste plaats gaat een oprecht woord van dank uit naar alle ouders, die bereid waren om op een open manier een aantal niet voor de hand liggende thema's bespreekbaar te maken. Dank gaat ook uit naar de voorzieningen (VAGGA Altox, CAD Limburg, CAT Eclips) die hun toestemming gaven om onderzoek te voeren naar en in de door hen georganiseerde oudergroepen; de onvoorwaardelijke inzet en medewerking van de begeleiders van deze oudergroepen - Herwig Claeys, Hilde De Neve, Herbert Jenaer, Koen Leyssens, Anja Michiels, Annette Titeca, Tomas Van Reybroeck en Griet Vigoureux - was van onschatbare waarde voor het onderzoeksteam. Tot slot ook dank aan Bieke Larock (studente orthopedagogiek UGent), Jessica De Maeyer, (wetenschappelijk medewerker vakgroep Orthopedagogiek UGent) en Fred Laudens en Mia De Bock (stafmedewerkers VAD) die bij één of meerdere stappen van het onderzoek actief en intensief betrokken waren. Om de anonimiteit van de voorzieningen te waarborgen worden zij verder in dit rapport aangeduid met voorziening 1, voorziening 2 en voorziening 3.

Veerle Soyez, Stijn Vandevelde, Eric Broekaert

September 2007

I. Inleiding en probleemstelling

Algemeen wordt aangenomen dat de sociale steun van significante anderen[1] van groot belang kan zijn voor personen die middelen misbruiken. Specifiek in relatie tot het hulpverleningsproces wordt in de literatuur aangehaald dat deze steun zowel vóór (bijvoorbeeld bij het motiveren en introduceren van de druggebruiker in de hulpverlening (Fernandez, Begley & Marlatt, 2006)), tijdens (het bekomen van meer positieve behandelingsresultaten) als na de behandeling (behouden van bekomen behandelingsresultaten) effectief kan zijn (Soyez, 2004; Copello, Templeton and Velleman, 2006). Meer en meer raakt men er binnen de hulpverlening dan ook van overtuigd dat het belangrijk is significante anderen te betrekken (Coppelo & Orford, 2002; Soyez & Broekaert, 2005; Copello et al., 2006).

Anderzijds wordt vaak voorbijgegaan aan de inspanningen die het verlenen van deze (intensieve) steun met zich mee brengt. Er kan gesteld worden dat het samenleven met iemand die middelen misbruikt aan de basis ligt van extreme en langdurige stress (Barnard, 2005; Orford et al., 1998; Collins et al., 1990). Meer specifiek worden in de literatuur (Andrade et al. 1989; Orford et al., 1998; Macdonald, Russell, Bland & Morrison, 2003; Towsend, Biegel, Isher et al., 2006) volgende bronnen van stress gerapporteerd: (1) significante anderen ervaren de gebruiker als onaangenaam om mee samen te leven; (2) significante anderen maken zich ernstige zorgen over de schadelijke effecten van het gebruik voor het hele gezin (bvb. de impact op de ontwikkeling van andere kinderen in het gezin); (3) er ontstaan financiële problemen door het gebruik; (4) significante anderen voelen zich angstig en voortdurend bezorgd: ze maken zich zorgen over de gezondheid en het welzijn van de gebruiker en durven hem niet meer alleen te laten; (5) significante anderen voelen zich hopeloos of wanhopig; er is sprake van een verminderde kwaliteit van leven en (6) significante anderen voelen zich beschaamd en schuldig. Ze willen het probleem verborgen houden en sluiten zich af van de buitenwereld. De communicatie en onderlinge relaties raken ernstig verstoord en dit niet alleen tussen gebruiker en significante anderen maar ook tussen significante anderen onderling. Vaak is het druggebruik -op langere termijn- in die mate destructief dat het het samenleven ernstig bemoeilijkt of zelfs onmogelijk maakt (MacMaster, 2006). Dit alles leidt er toe dat significante anderen zelf ook het risico lopen om fysieke, psychologische, sociale en emotionele problemen te ontwikkelen.

De mate waarin er ten gevolge van het druggebruik ook voor de significante anderen een fundamenteel probleem ontstaat, is (onder andere) afhankelijk van het soort middel dat gebruikt wordt, de verdere ontwikkeling van de drugproblematiek over de tijd, de aard van de relatie met de druggebruiker, de ontvangen sociale steun en de copingstrategieën van de verschillende significante anderen (ontkennen van het probleem, veroordelen van de gebruiker, zichzelf veroordelen, afstand nemen en controlerend-ondersteunend omgaan met de problemen, ...) (Krishnan et al., 2001; Macdonald et al, 2003).

Het is in elk geval waarschijnlijk dat de meeste significante anderen, in relatie tot voornoemde problemen, op zoek zijn naar één of andere vorm van ondersteuning of begeleiding. Deze ondersteuning vinden een aantal van hen in interventies specifiek gericht op significante anderen (Copello, Templeton & Velleman, 2006; Fernandez, Begley & Marlatt, 2006; Zohhadi, Templeton & Velleman, 2006), zoals bvb. het participeren aan een praatgroep of oudergroep, ... In Vlaanderen bestaan heel wat van dergelijke praatgroepen –in hoofdzaak gericht op ouders en al dan niet geleid door professionele hulpverleners.

---

[1] Met significante anderen bedoelen we in de eerste plaats familieleden (ouders, broers en zussen, grootouders, ...), maar ook vrienden, buren of formele netwerken (zoals bvb. collega's of werkgevers).

Teneinde beroepskrachten en vrijwilligers te ondersteunen in het begeleiden van een dergelijke (ouder)praatgroep[2] en op een flexibele manier een aantal handvaten aan te reiken om op een adequate manier om te gaan met de vragen en noden van significante anderen, ontwikkelde de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) een drietal jaar geleden, in samenwerking met verschillende partners uit het werkveld, de GROOD-werkmap: Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (De Bock, 2004).

II. De GROOD-werkmap: een beschrijving

De GROOD-map is een leidraad voor begeleiders van oudergroepen binnen de drughulp. Het is geen 'standaardpakket' of methodiek in de strikte zin van het woord; de map beschrijft 10 verschillende thema's (gespreksonderwerpen), die elk via verschillende werkvormen en methodieken uitgediept kunnen worden (De Bock, 2004): (1) Invloed en communicatie; (2) Middelengebruik en gezin; (3) Motivatie tot gedragsverandering; (4) Adolescentie-ontwikkeling en verantwoordelijkheid geven; (5) Omgaan met schuldgevoelens en sociale kijkwijzen; (6) Zelfzorg en ondersteuningsbronnen; (7) Werking van de alcohol- en drughulpverlening; (8) Juridische vragen; (9) Psychiatrische stoornissen; (10) Omgaan met verlies en overlijden. Afhankelijk van de verwachtingen, vragen en noden van de ouders die aan een welbepaalde oudergroep deelnemen, kan de begeleider thema's selecteren, en indien gewenst, andere gespreksonderwerpen toevoegen.

Naast een beschrijving van deze gespreksonderwerpen en werkvormen wordt in de GROOD-werkmap ook aandacht besteed aan de achterliggende visie voor het opstarten van een oudergroep. De rol en de taak van de begeleider komen hier uitgebreid aan bod, evenals de specifieke aandachtspunten van open en gesloten oudergroepen. Verder worden organisatorische aspecten besproken (werving van deelnemers, groepsgrootte, criteria, deelnemersmap...). Er wordt gefocust op moeilijke situaties, voor zowel de begeleider als de groep. Vervolgens worden kennismakings- en opwarmingsoefeningen beschreven, die er op gericht zijn de betrokkenheid van de ouders en de groepssfeer te bevorderen. Ten slotte worden ook een aantal evaluatiemethodieken beschreven die kunnen helpen bij het peilen naar de tevredenheid van de ouders of bij het nagaan of de doelstellingen bereikt zijn.

In de GROOD-werkmap wordt benadrukt dat 'ouders ondersteunen' inhoudt dat een begeleider zoveel mogelijk dient te vertrekken vanuit hun eigen inbreng, vragen en noden en dus flexibel moet zijn. Dit betekent niet dat er geen doelstellingen nagestreefd worden. Als algemene basisdoelstelling van een oudergroep (De Bock, 2004; pp. 3-4) wordt *'Verhoging van de ouderlijke competentie'* voorop gesteld.

Deze basisdoelstelling wordt verder uitgewerkt in drie subdoelstellingen:

(1) 'Verhoging van de eigen perceptie als competente ouders';

(2) 'Verhoging van vertrouwen in de ouderlijke rol'; en

(3) 'Zichzelf beter voelen als persoon'.

In het onderzoek dat in dit rapport beschreven wordt, zullen voorgaande doelstellingen als centraal uitgangspunt dienen voor de evaluatie.

---

[2] Het feit dat de meerderheid van de bestaande groepen zich richt naar ouders heeft veel te maken met de specificiteit van de ouder-kindrelatie: bij adolescenten is het druggebruik niet zelden verweven met ander probleemgedrag en is aandacht voor pedagogische aspecten derhalve een vereiste; deze pedagogische component is bijvoorbeeld niet aan de orde in broer-zusrelaties. Daarnaast is het ook zo dat ouders vaak één van de weinige (of laatste) ondersteuningsbronnen zijn voor druggebruikers, zeker bij volwassen druggebruikers (Soyez, 2004).

III. Onderzoek

III.1. Methodologie

III.1.1. Onderzoeksvragen

In aansluiting met de tendens naar implementatie van meer 'evidence-based' interventies in de (drug)hulpverlening en de toenemende internationale aandacht voor (onderzoek naar) interventies voor significantie anderen (zie bvb. Copello, Templeton & Velleman, 2006; Fernandez, Begley & Marlatt, 2006; Velleman, Templeton & Copello, 2006; Zohhadi, Templeton & Velleman, 2006), rees de vraag naar een evaluatie van het gebruik van de GROOD-werkmap. Na overleg werd besloten dat VAD, de vakgroep Orthopedagogiek (Universiteit Gent) en het departement Sociaal-Agogisch Werk (Hogeschool Gent) gezamenlijk een (kleinschalig) evaluatie-onderzoek zouden uitwerken. De *bedoeling* van dit evaluatie-onderzoek is om na te gaan of de geboden ondersteuning in de oudergroepen ook bijdraagt tot de hierboven beschreven doelstellingen enerzijds en beantwoordt aan de noden van de deelnemers anderzijds.

Meer concreet kunnen de *onderzoeksvragen* als volgt geformuleerd worden:

(1) worden de doelstellingen die de GROOD-werkmap vooropstelt bereikt?

(2) *heeft het gebruik van de GROOD-methodiek een meerwaarde voor de ouders*?

Om een antwoord te vinden op deze onderzoeksvragen werd geopteerd voor een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Op die manier kan een zo accuraat mogelijk beeld geschetst worden van de werkelijkheid, waarbij ook de proceselementen niet uit het oog verloren worden.

III.1.2. Procedure

Drie ambulante voorzieningen die gebruik maken van de GROOD-werkmap als leidraad voor de vormgeving van hun oudergroepen, werden in de maand februari 2006 gecontacteerd om aan het onderzoek mee te werken. Alle drie de voorzieningen waren bereid hun medewerking te verlenen; de evaluatie gebeurde voor telkens één oudergroep (bestaande uit 4 tot 6 bijeenkomsten) in elk van de drie deelnemende voorzieningen. Gegevens voor het onderzoek werden verzameld in de maanden mei-september 2006.

De onderzoeksprocedure werd vooraf uitgeschreven in een draaiboek. Figuur 1 geeft een schematisch overzicht van de gegevensverzameling. In eerste instantie werd met de begeleiders van elke oudergroep een *Opstartgesprek* gedaan, ten einde meer inzicht te verwerven in de opzet, inhoud en organisatie van de oudergroep binnen de specifieke setting (PRE-METING). Deze interviews, die ongeveer anderhalf uur duurden, werden op band opgenomen en nadien letterlijk uitgetikt.

Voor aanvang van de sessies informeerden de begeleiders alle ouders die ingeschreven waren voor deelname aan de oudergroep summier over het onderzoek. Bij aanvang van de eerste sessie van de oudergroep was een onderzoeker aanwezig, die het onderzoek nog eens gedetailleerd toelichtte. De ouders konden vragen stellen en ondertekenden, indien ze aan het onderzoek wensten te participeren, een formulier geïnformeerde toestemming. Ze vulden het eerste deel (3 subschalen) van de *Vragenlijst voor ouders* in; het tweede deel van deze vragenlijst (2 subschalen) namen ze mee naar huis en vulden dit daar in. Bij de start van de tweede bijeenkomst kwam een onderzoeker dit tweede deel van de vragenlijst ophalen (METING 1). Er werd geopteerd om de Vragenlijst voor ouders niet volledig te laten invullen tijdens de eerste sessie, omdat dit mogelijk te veel

tijd in beslag zou nemen en dat hierdoor het natuurlijk verloop van de oudergroep te veel verstoord zou worden.

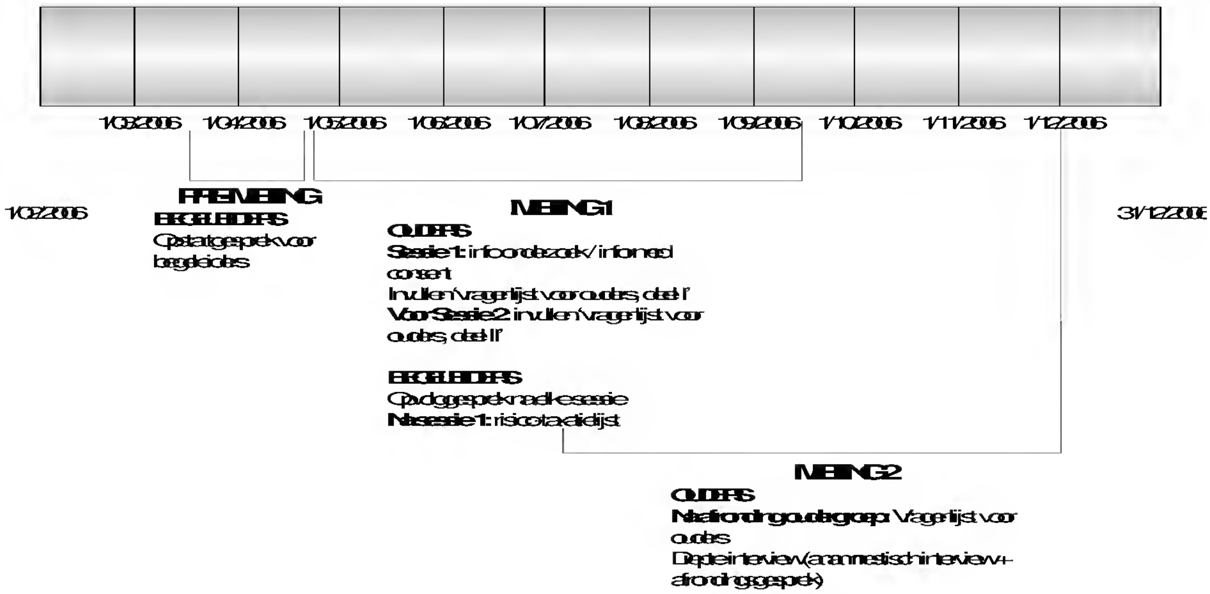
Aan de begeleiders van de oudergroepen werd gevraagd om bij de start van de oudergroep (bij voorkeur voor de 2de sessie) een *Risicotaxatielijst* in te vullen over elke ouder die in het onderzoek betrokken was.

Na afloop van elke sessie was er telefonisch contact tussen de onderzoekers en de begeleiders van de oudergroep. Aan de hand van het *Opvolggesprek voor begeleiders* werd het verloop van de bijeenkomst inhoudelijk besproken. De interviews duurden een half uur tot drie kwartier. Tijdens het interview werden notities gemaakt; na afloop werd het gesprek zo volledig mogelijk gereconstrueerd en uitgetypt.

Ongeveer twee weken tot één maand na afronding van de oudergroep contacteerden de onderzoekers de participerende ouders telefonisch. Er werd een afspraak gemaakt op een door de ouders gekozen plaats. De ouders vulden de *Vragenlijst voor ouders* een tweede keer in; vervolgens werd een uitgebreid interview gevoerd, dat bestond uit een *'Anamnestisch interview'* enerzijds en het *'Afrondingsgesprek'* anderzijds (METING 2). Indien beide ouders aan het onderzoek participeerden, dan werden ze bij voorkeur apart geïnterviewd. Dit bleek niet altijd mogelijk.

De interviews, die tussen 1 en 3 uur duurden, werden –mits toestemming van de ouders- op band opgenomen en nadien letterlijk uitgetikt.

Figuur 1: Schematisch overzicht gegevensverzameling



III.1.3. Instrumenten

De verschillende instrumenten die gebruikt werden in het onderzoek werden geselecteerd met de bedoeling de gestelde onderzoeksvragen zo adequaat mogelijk te beantwoorden. In wat volgt worden deze instrumenten meer in detail beschreven.

III.1.3.1. Meetinstrumenten voor ouders

VRAGENLIJST VOOR OUDERS (ZIE: BIJLAGE 1)

De '*Vragenlijst voor Ouders*' (1) is een zelf-rapportage lijst. De vragenlijst werd samengesteld door verschillende subschalen uit 2 Engelstalige vragenlijsten samen te voegen. Het gaat hier met name over 'A set of standardised questionnaires for assessing stress, coping and strain, for completion by family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems' (Orford et al., 2005), hierna verder genoemd de Birmingham-vragenlijst, en de 'Questionnaire for parents' uit het BEST-programma (Behaviour Exchange Systems Training) (Blyth, Bamberg & Toumbourou, 2000), hierna verder genoemd de BEST-vragenlijst. Beide vragenlijsten werden door de onderzoeksgroep vertaald volgens de gangbare internationale richtlijnen ter zake (Van de Vijver & Hambleton, 1996).

Na overleg selecteerden de onderzoekers uit bovenstaande vragenlijsten vijf subschalen waarvan verondersteld werd dat deze de grootste meerwaarde zouden hebben met betrekking tot het toetsen van de vooropgestelde doelstellingen (zie verder):

- **De Familie-tevredenheidsschaal** (>BEST) die, a.d.h.v. een 10-punten Likertschaal, nagaat in welke mate de respondent tevreden is met zijn/haar familierelaties; de subschaal bestaat uit 4 items.

- **De Symptoom Taxatie Test** (>Birmingham), die 30 items omvat en nagaat in welke mate een ouder psychische en/of fysieke gevolgen ondervindt van het druggebruik van zijn/haar kind. Ouders hebben de keuze uit drie antwoordcategorieën om aan te geven hoe vaak ze deze gevolgen ervaren: nooit, soms en vaak.

- **De Ouderlijke Betrokkenheidsschaal** (>BEST) bestaat uit 3 items, waarin nagegaan wordt hoe een ouder zich gedurende de laatste maand voelde in relatie tot zijn/haar kind waarvoor hij de oudergroep volgt. De ouder geeft aan hoe vaak hij/zij zich zo voelde (bijna altijd, veel dagen, sommige dagen, zelden of nooit).

- **De Coping Vragenlijst** (>Birmingham) omvat 30 items. De bedoeling van deze vragenlijst is te peilen naar de manier van omgaan met het druggebruik van een significante andere gedurende de laatste 3 maand. Een ouder heeft aan of hij / zij een bepaalde reactie nooit, één of twee keer, soms of vaak stelde.

De score op deze subschaal geeft informatie over de aard van het copinggedrag van een ouder tijdens de laatste 3 maand. Orford en collega's (1998) onderscheiden 8 verschillende vormen van coping, die samengebracht kunnen worden in 3 grote copinggebieden, nl. betrokken copinggedrag; tolererend copinggedrag en teruggetrokken copinggedrag). Het zijn deze 3 vormen van coping die a.d.h.v. de Coping Vragenlijst gescoord kunnen worden.

1. *engaged coping* (betrokken copinggedrag): het gaat hier om vormen van actieve coping, er op gericht om onaanvaardbaar, overmatig druggebruik te veranderen; vaak gaat het gepaard met een eerder controlerende houding, waarbij de significante andere het gebruik op zich direct wil gaan controleren (bvb. door er voor te zorgen dat de druggebruiker het huis niet uit kan). Sommige vormen van betrokken copinggedrag zijn meer emotioneel (uitdrukkingen van negatieve emotie – bvb. roepen, smeken), andere meer assertief (uitdrukkingen die duidelijk maken dat het gebruik niet geduld wordt), nog andere ondersteunend (de gebruiker rechtstreeks emotioneel steunen). Assertieve en ondersteunende vormen van engaged coping worden doorgaans als effectief ervaren door de gebruiker zelf.
2. *tolerant coping* (tolererend copinggedrag): hier gaat de significante andere zich als het ware neerleggen bij het feit dat er druggebruik is bij zijn of haar verwant en er niets tegen ondernemen; hoogstens zal hij / zij de schadelijke effecten van het druggebruik voor de

andere gezinsleden pogen te beperken. Tolererend coping gedrag kan passief (niets doen, doen alsof men het niet ziet), aanvaardend (het gebruik aanvaarden zolang het geen negatieve gevolgen te weeg brengt voor de rest van het gezin), opofferend (samen drugs gebruiken, zijn of haar rommel opruimen, geld lenen om drank of drugs te kopen) of ondersteunend (de gebruiker verdedigen tegenover anderen) zijn.

3. *withdrawal coping* (teruggetrokken copinggedrag): het gaat er om dat de significante andere zich onttrekt aan de situatie, bvb. door thuis weg te gaan of de gebruiker de deur te wijzen.

- **De Hoop-Wanhoop vragenlijst** (>Birmingham) ten slotte poogt op basis van 10 items na te gaan hoe significante anderen naar de toekomst kijken. Aan de hand van een vijfpuntenschaal (helemaal niet akkoord; niet akkoord; weet niet; akkoord; helemaal akkoord) geven ze aan in welke mate ze zich kunnen aansluiten bij verschillende stellingen over hun eigen toekomst of deze van hun druggebruikende zoon / dochter.

Parallel aan de Birmingham vragenlijst, werd gewerkt met verschillende versies van de *Vragenlijst voor Ouders*, waarbij de vraagstelling aangepast is aan een alcohol- dan wel drugproblematiek en aan een vrouwelijke dan wel mannelijke verwant met drugproblemen.

ANAMNESTISCH INTERVIEW MET OUDERS (ZIE: BIJLAGE 2)

Het *Anamnestisch interview met ouders* heeft als voornaamste bedoeling meer zicht te krijgen op de achtergrond van de gezinnen van de deelnemende ouders. Naast een aantal standaardvragen (leeftijd, opleiding, ...) werd ook gepeild naar de samenstelling van en de relaties binnen het gezin, problemen bij de verschillende gezinsleden, sociale steun en copinggedrag. Er werd meer in detail ingegaan op een aantal aspecten van het kind dat drugs gebruikt/de kinderen die drugs gebruiken (aard en omvang van het gebruik, oorzaken van het gebruik, behandelingsgeschiedenis).

Het *Anamnestisch interview* vormde samen met het *Afrondingsgesprek met ouders* één veelomvattend interview.

AFRONDINGSGESPREK MET OUDERS (ZIE: BIJLAGE 2)

Tijdens dit gesprek werd aandacht besteed aan praktisch-organisatorische aspecten van de oudergroep enerzijds (Bvb. “Bent u aanwezig geweest op alle sessies? Indien neen: welke sessie(s) niet? Reden?”) en inhoudelijke elementen anderzijds (Bvb. “Wat zijn, volgens u, de belangrijkste thema’s die aan bod gekomen zijn in de oudergroep? Welke thema’s vond u het meest interessant? Waarom?”)

Het anamnestisch interview en het afrondingsgesprek met ouders werd door de onderzoekers zelf samengesteld op basis van literatuuronderzoek en de informatie verzameld in het “Opstartgesprek voor begeleiders”. Er werd vooraf een item-lijst opgesteld die het interview richting gaf. Hoewel op basis van deze lijst de indruk kan onstaan dat het interview een gestructureerd karakter had, is dit geenszins het geval. De ouders bepaalden zelf op welke topics ze al dan niet dieper wensten in te gaan.

III.1.3.2. Meetinstrumenten voor begeleiders

OPSTARTGESPREK VOOR BEGELEIDERS (ZIE: BIJLAGE 3)

Voor de start van de oudergroepen verzamelden de onderzoekers informatie over de historiek (Bvb. 'Hoe lang bestaat de oudergroep al?') en de algemene opzet van de oudergroep (Bvb. "Wordt er –naast het GROOD-draaiboek- gebruik gemaakt van bepaalde theoretische uitgangspunten/invalshoeken (specifiek in de oudergroep)"? Hierbij werd ook gepeild op welke manier de GROOD-map een plaats krijgt in het geheel. Tot slot werd uitgebreid stilgestaan bij de concrete organisatorisch-inhoudelijke aspecten van de oudergroep (bvb. 'Wordt er gewerkt volgens een vast stramien? Wordt vooraf een algemeen plan opgesteld hoe de verschillende sessies ingevuld zullen worden?').

De gegevens verzameld aan de hand van deze opstartgesprekken worden niet expliciet weergegeven in dit rapport. Ze dienden in de eerste plaats om topics te selecteren die in het 'Afrondingsgesprek voor ouders' aan bod dienden te komen en om de informatie die de ouders gaven in dit afrondingsgesprek goed te kunnen kaderen.

OPVOLGGESPREK VOOR BEGELEIDERS (ZIE: BIJLAGE 4)

Na afloop van elke sessie van de oudergroep werd contact opgenomen met één van de begeleiders om zicht te krijgen op het algemeen verloop van de avond. Deze bevraging gebeurde telefonisch en focuste op praktisch-organisatorische aspecten (bvb. Waren alle ouders aanwezig? Wie niet? Was dit aangekondigd? / Was persoon verontschuldigd? Reden?), inhoudelijke aspecten (bvb. Welke thema's werden tijdens deze sessie behandeld? Zijn er andere thema's aan bod gekomend dan oorspronkelijk gepland?) en groepsdynamische aspecten, zoals door de groepsbegeleider ervaren (bvb. Hoe verliep de interactie binnen de groep ouders? Waren er bepaalde ouders die niet/moeilijk met elkaar konden communiceren?).

Net zoals gegevens verzameld in het opstartgesprek, werd de informatie uit deze opvolggesprekken hoofdzakelijk gebruikt om informatie die ouders gaven in het afrondingsgesprek te kaderen.

RISICO-TAXATIELIJST (ZIE: BIJLAGE 5)

De 'Risico-taxatielijst' ten slotte werd opgesteld met de bedoeling een aantal predicties te toetsen, nl. kunnen er een aantal risico-factoren gedetecteerd worden die de eventueel gunstige effecten van participatie aan de oudergroep belemmeren. De lijst omvat 24 items; het zijn allen factoren die er toe kunnen bijdragen dat ouders het moeilijk hebben om te copen met het druggebruik van hun kind of een minder adequate copingstrategie kiezen: er zijn 8 kind-gebonden items (bvb. 'De adolescent heeft een verstandelijke beperking'); 10 ouder-gebonden items (bvb. 'De ouder heeft een psychiatrische problematiek') en 6 relationele items (bvb. 'De ouder heeft geen open communicatie met de adolescent').

De risico-taxatielijst werd door de onderzoekers zelf ontwikkeld; de onderzoekers baseerden zich bij de selectie van de items op de internationale literatuur met betrekking tot risicofactoren in de etiologie van middelengebruik / - misbruik. Een eerste versie van de lijst, die 35 items omvatte werd naar de hulpverleners van de participerende oudergroepen doorgestuurd, met de vraag om de 24 meest relevante items te behouden, op basis van volgende 3 criteria:

a. Welke factoren kunnen achterhaald worden op basis van een standaard interview of intake-gesprek met de ouder?

b. Welke factoren laten toe om te differentiëren tussen ouders; met andere woorden welke factoren komen relatief vaak voor (maar zijn anderzijds ook niet te vinden bij alle ouders)?

c. Welke van de factoren die kunnen achterhaald worden en die toelaten om te differentiëren tussen ouders, houden het grootste risico in?

Een score 2 werd gegeven indien de begeleider aangaf dat de desbetreffende risico-factor aanwezig was; een score 0 indien aangegeven werd dat de risico-factor niet aanwezig was. Wanneer de begeleider niet kon inschatten of de risico-factor al dan niet van toepassing was in dit gezin, werd een score 1 gegeven.

III.1.4. Analyses

De keuze voor data-analytische technieken werd gestuurd door 3 belangrijke elementen: (1) de onderzoeksdoelstellingen; (2) de gebruikte instrumenten voor data-verzameling en (3) de grootte van de onderzoeksgroep.

De eerste onderzoeksvraag (Worden de doelstellingen die de GROOD-werkmap vooropstelt bereikt?) werd op een kwantitatieve manier onderzocht. Hierbij werd gebruik gemaakt van de gegevens verzameld met de 'Vragenlijst voor ouders' tijdens meting 1 en meting 2 en de Risicotaxatielijst. Alle analyses werden uitgevoerd met het statistisch programma SPSS 15.
Zoals eerder vermeld (Zie, De GROOD-werkmap: een beschrijving, p.7) is het de basisdoelstelling van de oudergroepen om 'de ouderlijke competentie te verhogen'; deze basisdoelstelling werd verder uitgesplitst naar 3 subdoelstellingen. Met behulp van de Familie-tevredenheidschaal en de Copingvragenlijst kunnen veranderingen gemeten worden met betrekking tot de eerste twee subdoelstellingen (*Verhoging van de eigen perceptie als competente ouders'* en *'Verhoging van vertrouwen in de ouderlijke rol'*). De laatste subdoelstelling, *Zichzelf beter voelen als persoon*, werd onderzocht aan de hand van de resultaten op de Symptoom-taxatietest, de Ouderlijke betrokkenheid subschaal en de Hoop-Wanhooplijst.

De tweede onderzoeksvraag (Heeft het gebruik van de GROOD-methodiek een meerwaarde voor de ouders?) werd op een kwalitatieve manier onderzocht: het 'Afrondingsgesprek met ouders' vormt de belangrijkste bron van gegevens voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag. Twee onderzoekers (studenten 3de licentie orthopedagogiek) lazen de interviews grondig door codeerden deze vervolgens onafhankelijk van elkaar. In een volgende stap werd deze eerste codering bediscussieerd en, in geval van verschillen, werd er gestreefd naar een consensus. Alle materiaal werd vervolgens gegroepeerd volgens algemene thema's en geordend in een boomstructuur. Bij de analyses werd gebruik gemaakt van het software-programma WinMAX pro (Kuckartz, 1997).

III.1.5. Onderzoeksgroep

Het onderzoek focuste op *ouders van kinderen met een drugprobleem*, die participeerden aan een een groep voor ouders met druggebruikende kinderen. Alle ouders die zich inschreven voor de oudergroep in één van de drie participerende voorzieningen kwamen in aanmerking om aan het onderzoek deel te nemen. Het kon hierbij gaan om biologische ouders, stiefouders, adoptieouders of pleegouders. Besloten werd om geen andere subgroepen significante anderen (bvb.

grootouders; tante / oom of andere familieleden; vrienden; buren; ...) te bevragen, mochten deze ook deelnemen aan de oudergroepen.

III.1.5.1. Setting

De drie voorzieningen die de oudergroepen organiseren zijn te situeren binnen de ambulante drugzorg. De door hen georganiseerde oudergroepen moeten in die zin gezien worden als deel van een groter geheel van preventie- en behandelingsactiviteiten.

De oudergroepen zijn allen gesloten groepen die zich hoofdzakelijk (maar niet exclusief) richten naar ouders van beginnende gebruikers. De groepen krijgen in elk van de participerende voorzieningen een eigen invulling; dit zorgt er voor dat er een aantal overeenkomsten zijn, maar ook een aantal belangrijke verschilpunten. Dit laatste impliceert onder andere dat de GROOD-werkmap niet in elke oudergroep op dezelfde manier gebruikt wordt. De oudergroep van voorziening 1 bijvoorbeeld krijgt inhoudelijk vooral vorm op basis van themagecentreerde interactie. Tabel 1 geeft een overzicht van een aantal organisatorische kenmerken van de drie oudergroepen. Inhoudelijk maken alle begeleiders melding van een grote flexibiliteit, waarbij zoveel mogelijk ingespeeld wordt op de noden van de deelnemers. In die zin is het bijvoorbeeld mogelijk dat een thema dat vooraf voorzien werd, niet of slechts gedeeltelijk aan bod komt in de voorziene sessie. Het is precies deze flexibele invulling die vanuit de GROOD-werkmap gepromoot wordt.

Tabel 1: Kenmerken participerende oudergroepen

	voorziening 1	voorziening 2	voorziening 3
Aantal begeleiders	2	2	2
Financiële bijdrage deelnemers	Neen	Ja, vast bedrag voor volledige reeks	Ja, bijdrage per sessie volgens inkomen
Aantal oudergroepen op jaarbasis	Variabel, 2 à 4 keer	Variabel, 3 à 6 keer	Variabel, 3 à 4 keer
Aantal sessies	4	5 (*6)	5
Aantal deelnemers	Min. 6 – max. 12	8 à 10	8
Tijdstip sessies	Weekdag, 's avonds	Weekdag, 's avonds	Weekdag, 's avonds
Opvolging via terugkomgroep / vervolggroep	Ja	Ja	Ja

*** Voor de oudergroep die opgevolgd werd in dit onderzoek werd een bijkomende 6[de] sessie georganiseerd op vraag van de ouders**

III.1.5.2. Significante anderen

In de voorziene onderzoeksperiode schreven 25 significante anderen in voor deelname aan één van de 3 participerende oudergroepen: het gaat over 5 personen voor de oudergroep in voorziening 2, 9 personen bij de groep van voorziening 1 en 12 personen voor de groep in voorziening 3. Tabel 2 geeft een overzicht van de deelnemers aan meting 1 en 2 volgens voorziening en geslacht.

Twee personen verkozen niet te participeren aan het onderzoek. Daarnaast participeerde in een van de groepen ook de zus van één van de ouders. Omdat een aantal van de in het onderzoek gehanteerde instrumenten zich specifiek richten naar ouders, werd het als weinig zinvol beschouwd om deze persoon te laten deelnemen aan het onderzoek. Bij de eerste meting werden derhalve gegevens verzameld van *22 ouders*. Eén vader (oudergroep voorziening 1) gaf, na het invullen van Deel I van de 'Vragenlijst voor ouders' aan zich uit het onderzoek te willen terug te trekken, omdat hij het invullen van de vragenlijsten als te confronterend ervaarde.

Tabel 2: Deelnemers volgens voorziening en geslacht

	METING 1			METING 2		
	Vrouwen	**Mannen**	**Totaal**	**Vrouwen**	**Mannen**	**Totaal**
Voorziening 3	7	2	9	6	2	8
Voorziening 1	4	4	8	3	1	4
Voorziening 2	5	0	5	4	0	4
TOTAAL	**16**	**6**	**22**	**13**	**3**	**16**

Eenentwintig ouders werden gecontacteerd voor de 2de meting, waarvan er 16 (76,1%) ook een 2de keer bevraagd konden worden: 3 ouders gaven expliciet aan niet langer te willen deelnemen aan het onderzoek; 1 ouder kon niet bereikt worden; 1 moeder wenste wel deel te nemen, maar het bleek praktisch niet haalbaar om binnen de onderzoeksperiode de gegevensverzameling te plannen. Opvallend hierbij is dat er relatief meer mannen afhaakten (3/6, t.o.v. 3/16 vrouwen) en dat de dropout groter was voor de oudergroep voorziening 1 (4/8 afhakers) in vergelijking met de 2 andere oudergroepen. Het is erg waarschijnlijk dat het sexe-effect hier doorslaggevend is (aangezien in voorziening 1 relatief meer mannen deelnamen aan de oudergroep, is de uitval daar groter).

De deelnemers aan de oudergroep zijn in ¾ (72,7%) van de gevallen *moeders*: er participeerden 16 vrouwen en 6 mannen. Opvallend is hierbij dat de man-vrouw verhouding duidelijk verschilt tussen de 3 groepen: waar bij voorziening 1 er een 50-50 verdeling is, participeren uitsluitend moeders aan de oudergroep in voorziening 2 en is ook bij Voorziening 3 Antwerpen het publiek hoofdzakelijk vrouwelijk (10/12). Participerende vaders waren daarenboven bijna altijd vergezeld door hun partners (5/6).

Bijkomende anamnestische gegevens werden verzameld tijdens de 2de meting, a.d.h.v. het Anamnestisch interview voor ouders. Van de 16 ouders die bereikt werden voor de 2de meting, werd bij 12 het anamnestisch interview afgenomen; zij verschaften informatie over 14 jongeren.

Op één na participeerden alle bevraagde ouders aan de oudergroep omwille van drugproblemen bij een *biologisch* kind; slechts 1 stiefvader participeerde. De oudergroepen bereikten daarnaast hoofdzakelijk *hooggeschoolde, werkende ouders van middelbare leeftijd*: de overgrote meerderheid van de participerende ouders heeft een diploma hoger onderwijs (9/12), slechts één ouder heeft geen getuigschrift. De meeste ouders (10/12) werken, hetzij voltijds, hetzij deeltijds. De overblij-

vende 2 moeders halen hun inkomsten uit één of andere vorm van bijstand (weduwe-uitkering of leefloon). De leeftijd van de deelnemende ouders varieerde tussen 46 en 54 jaar; met een gemiddelde leeftijd van 48,6 jaar (N=11). Zeven van de twaalf ouders gaven aan - op het moment van het interview - getrouwd te zijn (eerste huwelijk, of huwelijk met een nieuwe partner). Eén moeder gaf aan dat ze weduwe is en de overige 4 ouders waren feitelijk of wettelijk gescheiden. Uit de interviews bleek dat het vaak om ouders van 'grotere' (al dan niet nieuw-samengestelde) gezinnen gaat met 3 à 4 kinderen. De kinderen woonden in de meeste gevallen nog thuis.

III.1.5.3. Kind(eren) met drugprobleem

De 22 ouders die in het onderzoek participeerden, waren gelinkt aan 18 jongeren met een drugprobleem, waaronder 13 jongens en 5 meisjes. Een aantal ouders gaven aan meerdere kinderen te hebben die drugs gebruiken, maar toch was in alle gevallen de problematiek van één van de kinderen de directe aanleiding om in de oudergroep te participeren.

De informatie over de jongeren werd verstrekt door de ouders tijdens het *Anamnestisch interview.* Dit betekent dat het hier in een aantal gevallen gaat over de perceptie / interpretatie van de ouders, en dat de verstrekte gegevens mogelijk niet volledig stroken met de werkelijkheid. In het anamnestisch interview werd informatie verzameld over 14 jongeren.

DRUGGEBRUIK

De meerderheid van de jongeren (8/14) heeft, volgens hun ouders, vooral problemen met het gebruik van cannabis. Ook het gebruik van alcohol werd vrij vaak vermeld, al dan niet in combinatie met cannabisgebruik. Het gebruik van cocaïne, crack of speed –soms gecombineerd met het gebruik van andere middelen- is een probleem voor 5 jongeren. Bij enkele jongeren (N=4) wordt expliciet poly-druggebruik vernoemd. Bij geen enkele jongere is er sprake van intraveneus gebruik; 2 jongeren snuiven.

Op frequentie en hoeveelheden van gebruik hebben niet alle ouders even veel zicht. Een duidelijke vaststelling is dat de meeste jongeren die cannabis gebruiken dit dagelijks doen. De gerapporteerde hoeveelheden variëren van 2 tot 5 joints per dag. Het betreft hier hoeveelheden op het moment dat het gebruik het meest problematisch was. In tegenstelling tot cannabis, wordt slechts in een aantal gevallen gesproken over dagelijks alcoholgebruik. Het gaat meestal om het gebruik in de weekends of op feestjes.

De grote meerderheid van de jongeren was op het moment van het opvolgingsgesprek (2de meting) clean of minstens sterk verminderd in gebruik. Vele ouders beschreven hun zoon/dochter ten tijde van de 2de meting eerder als een occasioneel gebruiker, in die zin dat ze niet meer dagelijks drugs of alcohol gebruiken of enkel nog bij het uitgaan. Abstinentie blijft voor veel ouders een streefdoel; al zien de jongeren dit meestal zelf niet zo.

> *Dus 't is marihuana altijd en 't zou kunnen dat hij iets anders gebruikt, maar dat denk ik precies toch niet. En ja, allez dus met die begeleiding in X had ik dan zo iets, liefst proberen... zou je niet kunnen proberen te stoppen? Maar dat is zo van: hij wil niet stoppen. Hij vindt dat veel te plezant. Hij wil niet stoppen, hij wil het alleen proberen onder controle te houden. Hij vond het al genoeg als hij het niet meer in de dag deed, dus alleen maar 's avonds. Ik vond dat hij maar terug moest naar alleen in 't weekend. En ik heb de indruk dat het wel al minder is.*

BEHANDELINGSGESCHIEDENIS

De helft van de kinderen met een drugprobleem (7/14) is nog nooit in behandeling geweest. Zes anderen waren in het verleden reeds één of meerdere keren in behandeling of begeleiding in een ambulante hulpverleningsorganisatie (CLB, zelfstandig psycholoog, begeleidingscentrum Bijzondere Jeugdbijstand of ambulante geestelijke gezondheidszorg); 4 van deze 6 kregen ook reeds begeleiding in de ambulante categoriale drughulp. Een beperkt aantal jongeren (N=4) werd reeds residentieel behandeld. Het gaat in die gevallen om een plaatsing in een centrum bijzondere jeugdbijstand of een opname in de (kinder)psychiatrie.

Heel wat jongeren hebben de begeleiding om bepaalde redenen vroegtijdig stopgezet (buitengezet, geen zin meer). Op het moment van het opvolgingsgesprek was 1 jongere (nog) in begeleiding; 1 andere jongere had een contract getekend om deel te nemen aan een praatgroep.

Doorgaans werden de ouders niet betrokken bij de behandeling. In de meeste gevallen bleven de contacten beperkt tot een éénmalig kennismakings- of afrondingsgesprek. Buiten de categoriale drughulp bleef specifieke begeleiding in functie van de (aanpak van de) drugproblematiek van hun kind doorgaans zeer beperkt.

BIJKOMENDE PROBLEMEN

Ongeveer de helft van de ouders maakte melding van problemen op vlak van school of werk. Vaak is er sprake van een achterstand op school of schoolmoeheid, problemen die tot uiting komen in spijbelgedrag, overzitten, ... Concentratieproblemen liggen hier mogelijk aan de oorsprong; ADD of ADHD wordt door 6 ouders vermeld, hoewel de officiële diagnose niet altijd gesteld werd.

Een ander frequent vernoemd probleem is agressief gedrag, hetzij thuis, hetzij op school; ongeveer de helft (N=8) van de ouders maakt hier melding van. Er wordt zowel over verbale als fysieke agressie gesproken.

Bij een zeer kleine minderheid is er sprake van criminaliteit: het gaat voornamelijk kleine diefstallen en dealen. Eén moeder rapporteerde zelfverwonding/ zelfverminking bij haar kind. Een andere ouder spreekt expliciet over dubbele diagnose bij haar zoon.

EVOLUTIE VAN HET GEBRUIK

Volgens de meeste ouders startte het druggebruik rond 13- 14 jaar; een enkele jongere zou op de leeftijd van 11 jaar met drugs begonnen zijn. Bij een paar jongeren ligt de beginleeftijd iets hoger (16 – 17 jaar). In het verlengde hiervan rapporteren de meeste ouders dat het gebruik naar hun aanvoelen problematisch werd rond de leeftijd van 15 à 16 jaar. Het moment waarop de jongere dagelijks begon te gebruiken wordt vaak als een keerpunt gezien: de meeste ouders zien dit als een signaal dat het om 'problematisch gebruik' gaat. Andere signalen voor 'problematisch gebruik' zijn: er kwam iemand aan de deur om de schulden te vereffenen, het rijbewijs werd ingetrokken, de jongere was vermist,....

EIGENSCHAPPEN KIND

Ondanks de problemen, kunnen de meeste ouders verschillende positieve eigenschappen van hun kind(eren) opsommen. Slechts een paar ouders geven aan dat ze het hiermee moeilijk hebben. De meest vermelde positieve eigenschappen van het kind zijn: sociaal, open, lief, intelligent, gevoel voor humor, grenzen kunnen respecteren.

Naast de positieve eigenschappen, noemden de ouders ook een aantal negatieve karakteristieken van hun kind(eren). Het grootste deel van de ouders rapporteert dat hun kind(eren), al dan niet onder invloed van drugs, (verbaal) agressief gedrag stellen. Daarnaast geven heel wat ouders aan dat hun kind(eren) makkelijk beïnvloedbaar zijn. Andere veel voorkomende eigenschappen zijn: luiheid en nonchalance ...

Een aantal ouders geven aan dat er sprake is van een negatieve verandering van hun kind(eren) door het druggebruik. Positieve kenmerken verschuiven hierdoor voor hen naar de achtergrond: het beeld wat hierbij geschetst wordt is vaak erg zwart-wit, met nadruk op positieve kenmerken voor het druggebruik en negatieve kenmerken ten gevolge van het gebruik.

> *Spontaan, hij kan open zijn. Op de moment kan ik weinig positief zeggen omdat hij nu niet is zoals vroeger, omdat hij zo veel gebruikt. Als hij gebruikt heeft dan is hij agressief en als hij niet gebruikte was hij vriendelijk en dan kun je er mee babbelen en lachen.*

III.1.5.4. Relationele aspecten

RELATIE

Ondanks de drug- en andere problemen geeft de meerderheid van de ouders aan een (tamelijk) goede relatie te hebben met hun kind(eren). De meeste van deze ouders is van mening dat deze relatie niet veranderde door het gebruik van hun kind(eren). Daarnaast zijn er een aantal ouders waarbij de relatie op het moment van de bevraging beter is dan vroeger. Ten slotte is er één respondent die aangeeft dat de relatie, op het moment van de bevraging, slechter is in vergelijking met vroeger.

Anderzijds zijn er een aantal ouders die aangeven dat de ouder – kind relatie niet goed is. Bij sommigen is de situatie erger geworden door het gebruik van hun kind(eren). Bij anderen is de situatie gelijk gebleven.

IMPACT EN COPING

De meeste ouders / gezinnen spreken over een 'schokeffect' op het moment dat het druggebruik aan het licht komt; dit gaat gepaard met heel wat drama en ergernis. Het copinggedrag dat beschreven wordt op het moment dat ouders geconfronteerd worden met het druggebruik is terug te brengen naar twee groepen: betrokken (engaged) coping enerzijds (voorbeelden die aangehaald worden zijn: het aangaan van een gesprek met het kind; de jongere meer gaan opvolgen en controleren; de politie of een hulpverleningsinstantie contacteren) en teruggetrokken (withdrawal) coping anderzijds (bijvoorbeeld: de gebruikelijke gang van zaken in het gezinsleven zo veel mogelijk nastreven) anderzijds. Geen enkele ouder maakt melding van tolerant copinggedrag op het moment dat hij / zij geconfronteerd werd met het feit dat de jongere drugs gebruikt.

Heel wat ouders geven aan dat ze, kort na de vaststelling dat hun kind drugs gebruikt, reeds stappen wilden zetten naar de hulpverlening, maar dat hun zoon/ dochter daar niet echt voor te vinden was. In een aantal gevallen bestaat er een opvallend verschil in coping en aanpak tussen beide ouders. Eén ouder geeft aan dat het gedrag van hun kind er toe geleid heeft dat één van de partners in het ziekenhuis werd opgenomen.

We zijn daar alletwee kwaad over geweest, maar mijn man heeft altijd gezegd "spreekt daar niet over, dat zal vanzelfs over gaan". Ik kon het daar niet bij laten en ik weet nu nog niet: is het goed dat ik er over gepraat heb? Of moest ik er over zwijgen, zou het overgegaan zijn? Maar ik denk niet dat het daar aan ligt; dat het voortgezet is, dat is gewoon door de situatie en de omgeving...

Volgens de ouders is er in veel gevallen een aanzienlijke impact van het gebruik op aanwezige broers en zussen. Eén ouder meldt dat een dochter het huis is uitgevlucht, ook anderen vermelden dat het niet altijd makkelijk is: het druggebruikende kind vraagt en krijgt vaak meer aandacht, er zijn constant ruzies en conflicten. Soms zijn de broers of zussen dan weer een bron van steun, hetzij voor de druggebruiker, hetzij voor de ouders.

Heel wat ouders geven aan met bepaalde mensen (ouders, buur, vriend(in), baas, kind,...) over hun problemen te praten. Dit vormt voor hen een manier om met problemen om te gaan en ze te verwerken. Daarnaast praten een aantal ouders met hun kind(eren) met een drugproblematiek. Er wordt gesproken over de drugproblemen en men probeert deze soms via deze weg op te lossen. Ook proberen de ouders, door met hun kind(eren) te praten, zo veel mogelijk het contact met hun kind(eren) te bewaren. Maar niet alle kinderen willen of kunnen hierover praten. Verder zijn er een aantal ouders die hulpverleningscentra (druglijn, CAT, Altox , OCMW) contacteren en effectief hulp zoeken. Ook wordt aangegeven dat een aantal ouders over de drugproblematiek lezen om op die manier meer te weten te komen.

Een aantal ouders zetten actief stappen om met de problemen van hun kind(eren) om te gaan en deze op te lossen. Enkele zaken hieruit zijn: omgang met vrienden verbieden, minder wantrouwig zijn, een urinetest laten afnemen, hulp zoeken bij huisarts of psychiater en naar de politie stappen. Een aantal ouders zijn van mening dat hun partner niet altijd op de goede manier omgaat met de problemen van hun kind(eren).

Daarnaast haalt een groot aantal ouders aan dat men op zoek gaat naar manieren om hun problemen van zich af te zetten. Sommigen proberen zich te ontspannen en zoeken een toevlucht in de sport. Anderen storten zich op hun werk of isoleren zich. Daarnaast geeft één iemand aan medicatie te gebruiken. Ten slotte halen een aantal ouders aan niet te kunnen praten over hun problemen.

Ook geeft één ouder aan niet meer zo wantrouwig te zijn tegenover haar kind met een drugprobleem. Door hem meer vertrouwen te schenken, probeert de ouder tegemoet te komen aan de problemen. Wantrouwen doet, naar haar aanvoelen, de problemen escaleren.

Daarnaast rapporteerde iemand een relatief tolerante houding aan te nemen. Ze meldden hun zoon dat ze niet tevreden waren met zijn probleem en dat naar een oplossing zou worden gezocht. De ouders jaagden zich niet in deze problematiek op.

Oorzaken

De meeste ouders hebben een vrij duidelijke visie over de oorzaken die aan de basis liggen van het druggebruik van hun kind. De factor die het meest vaak vermeld word is "slechte vrienden". Acht ouders raporteerden dit expliciet als dé oorzaak, of minstens één van de oorzaken. Experimenteergedrag van de jongeren wordt als tweede boosdoener gezien.

Andere oorzaken worden door 1 à 3 ouders aangehaald: het verlies van een vriend, een scheiding, slechte thuissituatie, problemen met vrienden, broers/ zussen,... . Drie moeders schuiven de schuld naar de vader toe: omdat hij afwezig was of niet genoeg bevestiging gaf. Twee ouders menen dat hun zoon drugs is beginnen gebruiken om de gevolgen van hun ADHD/ ADD te controleren; als zelfmedicatie .

III.2. Resultaten

III.2.1. Worden de doelstellingen vooropgesteld in de GROOD-werkmap bereikt?

Voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag baseren we ons op de gegevens verzameld aan de hand van de *Vragenlijst voor Ouders* en de *Risicotaxatielijst.*

De *Vragenlijst voor ouders* werd op 2 verschillende momenten afgenomen, waardoor het mogelijk wordt verschilscores (= verschil tussen meting 2 en meting 1) voor de verschillende subschalen te berekenen. Verwacht kan worden dat er negatieve verschilscores (daling van de somscore bij 2de meting) gevonden wordt voor de subschalen 'Familie-tevredenheid', 'Ouderlijke betrokkenheid' en 'Hoop-Wanhoop', terwijl een positieve verschilscore (stijging van de somscore bij 2de meting) verwacht wordt voor de subschaal 'Symptoom taxatie'. Voor de 'Copingvragenlijst' wordt vooraf geen uitspraak gedaan over de richting van de verandering. In de eerste plaats omdat er geen hiërarchische ordening gemaakt kan worden tussen de verschillende subtypes coping.

III.2.1.1. De Familie-Tevredenheidsschaal

De somscore voor de familie-tevredenheidsschaal geeft een algemene maat voor de tevredenheid van de ouder omtrent het gezinsleven (opvoeding, relaties,...). Gesteld kan worden dat de ouders, bij de start van de oudergroep, doorgaans redelijk tevreden zijn: de somscore varieert van 9 tot 40, met een gemiddelde tevredenheidsscore van 24.36 (maximum score van 40). Op basis van het gemiddelde en de standaarddeviatie worden er 3 subgroepen samengesteld: weinig tevreden (> 1SD onder het gemiddelde); gemiddeld tevreden (minder dan 1SD onder of boven het gemiddelde); zeer tevreden (> 1SD boven het gemiddelde). Uit Tabel 1 blijkt dat bijna 2/3 (N=16) van alle ouders bij de start van de oudergroep gemiddeld tevreden is met het gezinsleven. Slechts 3 ouders blijken weinig tevreden met de huidige gang van zaken in hun gezinsleven, nog eens 3 ouders zijn zeer tevreden. In elk van de 3 subgroepen zijn zowel mannen als vrouwen vertegenwoordigd.

Tabel 3: Somscores Familie-tevredenheidsschaal

Subgroep	1ste meting			2de meting		
	Somscore	N	%	Somscore	N	%
Weinig tevreden	< 17.55	3	13.64%	<22	2	9.09%
Gemiddeld tevreden	17.55 – 31.17	16	72.72%	22.10 – 30.02	18	81.82%
Zeer tevreden	>31.17	3	13.64%	>30.02	2	9.09%

Algemeen zijn de ouders na afronding van de oudergroep (2de meting) iets meer tevreden over hun gezinsleven (zie Tabel 3): de gemiddelde tevredenheidsscore is licht gestegen naar 26.06. De range van de scores is ook minder groot: er is een variatie van 16 tot 31, wat ook blijkt uit het aandeel in de subgroepen 'Weinig tevreden' en 'Zeer tevreden' (telkens 2 ouders). De ouders die 'zeer tevreden' zijn, zijn beiden van het vrouwelijke geslacht.

Het verschil tussen meting 2 en meting 1 bedraagt gemiddeld 2,67 (SD=5.34). Bij de meeste ouders (N=10 of 66.7%) is de tevredenheid toegenomen (max. verschil 15.OO); bij 4 ouders is er na afloop van de oudergroep een lagere tevredenheidsscore (max. verschil –6.OO); bij 1 ouder is de score ongewijzigd. De toegenomen somscore is significant bij een betrouwbaarheidsniveau van α= .05: t=-1.934 (df=14); p=0.037 (eenzijdig toetsen).

III.2.1.2. Symptoom Taxatietest

De scores op de *Symptoom Taxatietest* zijn een maat voor het ervaren van bepaalde symptomen; er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen psychologische symptomen en fysieke symptomen; daarnaast wordt ook een somscore (totaal van alle symptomen) berekend.
Tachtig procent van de deelnemers rapporteert minder symptomen na afloop van de oudergroep: bij 80% zijn er minder psychische symptomen, terwijl 73,3% zegt minder fysische symptomen te hebben. De gemiddelde verschilscores zijn dan ook allen negatief (zie Tabel 4): er worden zowel op psychologisch (gemiddelde daling somscore= -4.2; sd: 5.24), als fysiek (gemiddelde daling somscore= -2.4; sd: 3.77) minder symptomen gerapporteerd na afloop van de oudergroep, wat zich ook uit in een daling van de totaal score (-6,6, sd: 7.99).

Tabel 4: Som- en verschilscores Symptoom Taxatietext

Subgroep	1ste meting Somscore (SD)	2de meting Somscore (SD)	Verschilscores (SD)
Psychologische symptomen	19.67 (6.67)	15.47 (7.32)	-4.20 (5.24)
Fysieke symptomen	9.93 (5.97)	7.53 (5.14)	-2.40 (3.38)
Totaal	29.60 (11.85)	23.00 (11.68)	-6.6 (7.99)

De gevonden verschillen zijn allen significant op het α= .05: er kan derhalve gesteld worden dat ouders na afloop van de oudergroep significant minder symptomen rapporteren: t=3.196 (df=14); p= 0.006 (tweezijdig toetsen). Voor psychologische symptomen wordt een t=3.104 (df=14); p= 0.008 gevonden; voor fysieke symptomen t=2.753 (df=14); p=0.016.

III.2.1.3. Ouderlijke betrokkenheid

Deze subschaal geeft weer hoe de ouders zich de laatste maand voelden met betrekking tot het kind waarvoor ze de sessies volgden. Aangezien hier slechts 3 items zijn, worden in eerste instantie de frequenties per item besproken (zie Tabel 5).
Mijn 'goed voelen' is volledig verbonden met mijn kind

Slecht één ouder scoort hier 'zelden / nooit' bij de eerste meting. De meeste ouders kiezen voor de twee middelste waarden ('sommige dagen' of 'veel dagen') wat betekent dat ze de twee toch niet volledig los van elkaar zien. Voor iets meer dan de helft van de ouders hangt het zich zelf goed voelen sterk samen met het kind: 54,5% van de ouders scoort 'veel dagen' of 'bijna altijd'.

Bij de tweede meting zijn de extremen verdwenen. Geen enkele ouder kiest nog voor 'zelden/ nooit', en slechts 5 ouders kiezen voor 'veel dagen' of 'bijna altijd'. Dit betekent dat 64,3 % kiest voor 'sommige dagen'.

Niet gelukkig als mijn kind niet gelukkig is of gezond

Bij dit tweede item is een gelijkaardig beeld op te merken. De overgrote meerderheid van de ouders (63,6%) stelt ook hier, bij de eerste meting, dat het geluk van hun kind toch in grote mate hun geluk mee bepaalt. Slechts 2 ouders menen dat ze zelden of nooit ongelukkig zijn wanneer hun kind niet gelukkig is. Bij de tweede meting zien we opnieuw minder die extremen: 'zelden/ nooit' komt niet voor en ook 'bijna altijd' wordt maar door 3 mensen gekozen.

Voortdurend bezorgd over problemen kind

Bij de eerste meting beweert 86,4% van de ouders 'veel dagen' of 'bijna altijd' bezorgd te zijn over de problemen van hun kind. De helft van de ouders beweert 'bijna altijd' hiermee bezig te zijn. Slechts drie ouders zijn weinig of bijna niet bezorgd over de problemen.

Waar nog 50 % van de ouders 'bijna altijd' bezorgd beweren te zijn bij de eerste meting, is dat maar 9,1% meer bij de tweede meting (N=2). Een kleine helft van de ouders (42,9%) beweert er 'sommige dagen' mee bezig te zijn.

Tabel 5: Som- en verschilscores Ouderlijke betrokkenheid

Item	1ste meting (N=22) Frequentie				2de meting (N=14) Frequentie			
	Zelden	Soms	Veel	Altijd	Zelden	Soms	Veel	Altijd
Mijn goed voelen is verbonden met mijn kind	1	9	7	5	0	9	4	1
Ik ben niet gelukkig als mijn kind niet gelukkig of gezond is	2	6	9	5	0	5	6	3
Ik ben voortdurend bezorgd over de problemen van mijn kind	1	2	8	11	0	6	6	2

Bij het berekenen van een somscore over de drie items, bekomen we bij de 1ste meting een gemiddelde waarde van 5.82 (SD: 2.32); bij de 2de meting is deze gemiddelde waarde gezakt naar 5.00 (SD: 1.16). Deze daling is significant op het $\alpha = .05$-niveau: $t(13)=-2.550$; $p=.024$.

III.2.1.4. Coping vragenlijst

De coping vragenlijst bevat een aantal items die peilen naar hoe ouders recent (de laatste 3 maand) hebben gereageerd op hun kind of op het gebruik van hun kind (en bijkomende problemen). Het gaat er dus om hoe ze met de problemen omgaan. De verschillende items kunnen opgedeeld worden in een aantal subtypes 'copinggedrag' (zie hoger: p.13): engaged coping, tolerant coping en withdrawal coping.

Tabel 6 geeft een overzicht van de gemiddelde somscores voor meting 1 en 2 en de gemiddelde verschilscores voor de 3 subtypes coping en de totaalscores. Doordat zowel in de eerste meting

(5/22) als in de tweede meting (2/16) een aantal ouders deze schaal niet invulden, konden voor 6 ouders geen verschilscores berekend worden. Analyses (T-toets, paired samples) gebeurden daarom voor een steekproef van N=10. Tabel 6 rapporteert somscores voor de volledige steekproef uit de 1ste, respectievelijk 2de meting evenals deze voor de kleinere steekproef van 10 ouders.

De gemiddelde verschilscores zijn zeer klein voor zowel de subschaalscores als voor de totale score. Op de subschaal 'teruggetrokken coping' is er zelfs geen verschil. Er is dan ook geen significante verandering vast te stellen in het copinggedrag (engaged coping: t(9)=-.732, p=0.48; tolerante coping: t(9)= -0.269, p=0.79; withdrawal coping: t(9)=0.000, p=1.00; totale coping: t(9)=-0.122, p=0.90) tussen beide meetmomenten.

Tabel 6: Som- en verschilscores copinggedrag

	Somscore Meting 1 (SD)	Somscore Meting 2 (SD)	Verschilscore
Engaged coping	24,94 (9.43) - N=17	23.57 (9.28) - N=14	-1.37
	23,10 (10.26) - N=10	21.50 (10.12) - N=10	-1.60 (6.91)
Tolerant coping	9.94 (6.76) - N=17	7.71 (5.65) - N=14	-2.23
	7.70 (6.41) - N=10	7.50 (6.25) - N=10	-0.20 (2.35)
Withdrawal coping	9.12 (4.50) - N=17	9.66 (3.75) - N=14	0.54
	9.50 (4.14) - N=10	9.50 (3.98) - N=10	0.00 (2.83)
Totaal	43.53 (17.27) - N=17	40.86 (16.11) - N=14	-2.67
	38.30 (17.31) - N=10	37.90 (17.25) - N=10	-0.40 (10.40)

Anderzijds wordt op basis van Tabel 6 duidelijk dat de verschillen tussen beide metingen groter zijn wanneer de som- en verschilscores bekeken worden voor alle ouders (N=17 bij eerste meting en N=14 bij tweede meting). Dit geldt vooral voor de subschaal 'Tolerante coping' (somscore -2.23 i.p.v. -0.20). Het is evenwel niet wetenschappelijk correct deze verschillen statistisch met elkaar te vergelijken.

III.2.1.5. Hoop- Wanhoop Vragenlijst

Aan de hand van de schaal Hoop-Wanhoop vragenlijst wordt nagegaan hoe ouders, op het moment van de bevraging, de toekomst inschatten. Verwacht kan worden dat ouders, na de oudergroep een iets meer positieve kijk op de toekomst hebben.

De analyses voor de Hoop-Wanhoop Vragenlijst zijn –net zoals deze voor de coping Vragenlijst-gebaseerd op informatie van 10 ouders. Bij de eerste meting scoren de ouders gemiddeld 28,22 (sd = 8.58; spreiding 18 – 45), terwijl de maximale score 50 is. Bij de tweede meting is er een gemiddelde score van 30,22 (sd = 7.11; spreiding 17-40). De gemiddelde verschilscore tussen de 2 metingen is dus positief (2,00), wat betekent dat de ouders de toekomst iets positiever inschatten na afronding van de oudergroep. Dit verschil is evenwel niet statistisch significant (t(9)=-.792 (p=0.45).

Zes van de 10 ouders scoren (in beperkte mate) hoger bij de tweede meting. Er zijn echter zeer sterke individuele verschillen: de verschilscores variëren op individueel niveau tussen –15 en 11. Eén ouder lijkt een stuk minder hoopvol bij de tweede meting (score -15). Daarnaast valt ook op dat ouders minder extreem scoren bij de meting: daar waar de hoogste score bij de eerste meting 45 is, wordt bij de 2de meting niet hoger dan 40 gescoord.

III.2.1.6. RISICO-TAXATIELIJST

Aan de begeleiders werd gevraagd om voor elke deelnemende ouder een risico-taxatielijst in te vullen bij de start van de oudergroep. In twee van de drie oudergroepen vulden beide begeleiders de lijst in; hierbij bleek er toch wel wat verschil in scoring tussen beide begeleiders (gemiddeld verschil tussen de begeleiders was 5 op een maximale score van 48). Deze verschillen in scoring zijn vooral te wijten aan het gebruik van de categorie “niet gekend”: in een aantal gevallen kende één van de begeleiders ouders al vanuit individuele begeleidingsgesprekken of via een kennismakingsgesprek, terwijl de andere begeleider deze ouders veel minder goed kende. In de analyses is daarom gebruik gemaakt van de versie met het minst aantal items die als “niet gekend” gescoord werden.

Ouders scoorden gemiddeld 28,36 (sd = 5,57) op de risicotaxatielijst.

RISICO-TAXATIE EN RETENTIE/ PARTICIPATIE IN DE OUDERGROEP

De risico-taxatielijst werd ontwikkeld met de bedoeling na te gaan of er een verband bestaat tussen een aantal risico-factoren met betrekking tot de jongere / het gezin enerzijds en het al dan niet positief beëindigen van de oudergroep (retentie) of het aantal gevolgde sessies (particiaptie) anderzijds. Op die manier wordt er van uitgegaan dat deze vragenlijst een voorspellende waarde heeft met betrekking tot participatie en retentie in de oudergroep.

Slechts 3 van de 22 participerende ouders (13,6%) zijn afgehaakt uit de oudergroep. Anderzijds zijn er ook maar weinig ouders die alle sessies volgden: 7 ouders (31,8%) waren in elke sessie aanwezig; 4 ouders (waaronder de 3 afhakers) participeerden in 50% of minder van de sessies. De gemiddelde participatiegraad was 74,5% (sd = 24,98).

Aan de hand van een binair logistische regressie-analyse werd nagegaan of er een verband is tussen de score op de risicotaxtatie-lijst en retentie in de oudergroep. Dit verband kon niet statistisch worden aangetoond (p=0.495). Er werd evenmin een statistisch verband gevonden tussen de participatiegraad (percentage meegevolgde sessies) en de score op de risico-taxatielijst (F(1,20)=0.611; p=0.444).

RISICO-TAXATIE EN ANDERE VARIABELEN

De totale coping-score hangt samen met risico-taxatie (F(1,16)= 14.371; p=0.002). Uit Tabel 7 blijkt dat dit verband eigenlijk toe te schrijven is voor de scores op de subschalen geëngageerd copinggedrag en tolerant coping gedrag. Voor beide subschalen is er ook een negatief verband (meer copinggedrag hang samen met een lagere risico-taxatie inschatting).

Tabel 7 Regressie-coëfficienten voor significante schalen coping

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	SD	Beta		
					B	Std. Error
1	(Constant)	37,735	1,783		21,166	,000
	Totale coping	,042	,077	,116	,544	,606
	Totaal actieve coping	-,274	,104	-,638	-2,647	,038
	totaal tolerante coping	-,434	,160	-,618	-2,714	,035

a Afhankelijke variabele: somscore risico-taxatie

Er wordt geen samenhang gevonden tussen risico-taxatie en de somscores voor de overige subschalen. Lineaire regressie-analyses met de risico-taxatiescore als afhankelijke variabele toonden aan dat er geen samenhang aangetoond kan worden tussen risico-taxatie enerzijds en (1) tevredenheid van de ouders met het gezinsleven (Familie-tevredenheidsschaal), (2) fysieke en/of psychische symptomen bij de ouders (Symptoom Taxatielijst) en (3) de visie van de ouders op de toekomst (Hoop-Wanhooplijst).

III.2.2. Heeft het gebruik van de GROOD-methodiek een meerwaarde voor de ouders?

Om een antwoord te formuleren op deze 2de onderzoeksvraag, werd gebruik gemaakt van de gegevens verzameld m.b.v. het *'Afrondingsgesprek voor ouders'*. Hoewel een aantal verschillen per oudergroep gevonden werden, worden in dit rapport enkel een aantal algemene trends aangehaald. Voor de bespreking van de resultaten, wordt de structuur van het interview gevolgd.

Toeleiding naar de oudergroep

ALGEMEEN

De helft van de geïnterviewde ouders (N=6) werd op de hoogte gebracht van het bestaan van de oudergroep door een medewerker van de betreffende voorziening. Daarnaast werden een aantal ouders door een andere hulpverleningsinstantie doorverwezen naar een voorziening die oudergroepen organiseert. Concreet betreft het de volgende doorverwijzende organisaties/instanties: een CLB, de druglijn, een therapeutische gemeenschap en kinderpsychiater. Ten slotte zijn er nog een aantal mensen die zelf op zoek gingen naar een oudergroep of die via een kennis werden doorverwezen.

REDENEN OM AAN DE OUDERGROEP DEEL TE NEMEN

Ouders vermelden vier verschillende redenen om aan een oudergroep deel te nemen. In de eerste plaats participeren een aantal ouders aan een oudergroep omdat ze er van uit gaan dat op die manier de problemen niet zullen escaleren. Men verwacht met andere woorden dat de oudergroep gedeeltelijk een *oplossing* kan bieden voor bepaalde problemen, of dat men tips -van begeleiders of andere ouders- zal krijgen om bepaalde zaken aan te pakken. Men wil een antwoord krijgen op de vragen waarmee men kampt. Ten tweede hopen een aantal ouders in de oudergroep aanknopingspunten te vinden *om met problemen om te gaan* (coping). Door het praten over problemen, verwachten ze ook een stuk verwerking van deze problematiek.

> *Goh, bepaalde verwachtingen, voor mij was het er eigenlijk om te doen om te zien of zij antwoorden hadden op vragen eigenlijk. Want je hebt zo veel vragen en ook omdat ikzelf daar niet mee naar andere mensen toe kon. Ik bedoel op mij werk zou ik zeker niet over beginnen, dat is al een probleem. Mijn buurvrouw die weet het, mijn vriendin die weet het, maar die hebben dat allemaal maar nadien geweten. Op dat moment vind je dat zodanig erg dat uw zoon dat doet, ik kon daar met niemand anders over spreken. Dat was eigenlijk ook de reden waarom ik er naartoe wou gaan want ze zitten allemaal in dezelfde situatie en daar ga ik misschien antwoorden vinden op zo veel vragen.*

Verder verwachten ze begrip en steun te vinden bij andere ouders die een gelijkaardige situatie hebben meegemaakt. In derde instantie geven een aantal ouders aan dat ze aan een oudergroep deel nemen om *de ernst van de eigen situatie en problemen te kunnen inschatten* of deze te relativeren.

> *De reden was eigenlijk van het allemaal een beetke luchtiger te kunnen oppakken, door te horen wat andere mensen allemaal meemaken, dat ge kunt zeggen "aah, dat van ons valt nog mee". Dat was ook zo, dat van ons valt nog mee als ge heel wat verhalen hoort...*

Een vierde reden ten slotte om aan een oudergroep deel te nemen, is de vraag naar informatie: ouders hopen tijdens de oudergroepen vooral informatie te verkrijgen over de verschillende soorten drugs en hun werking.

TEVREDENHEID

Een kleine meerderheid van de ouders (N= 8) is van mening dat men op voorhand over voldoende informatie beschikte over wat er in de oudergroep aan bod ging komen. Er zijn echter ook een aantal ouders die vinden dat men op voorhand te weinig informatie had. Dit werd door een aantal onder hen als een gemis ervaren. De informatie die men vooraf kreeg werd als te vaag en te weinig concreet ervaren.

> *Vond u dat u op voorhand voldoende informatie had over wat er in de oudergroep aan bod ging komen? Neen dat niet, dat was vrij beperkt moet ik zeggen. Het programma op zich was achteraf bekeken dus heel interessant -dat in elk geval- maar dus de informatie vooraf..., dat was een beetje afwachten.*

Er werd voorgesteld om in de toekomst een programma (bvb. een folder) ter beschikking te stellen, zodat de ouders op de hoogte zijn van de thema's die aan bod komen en in welke sessies dit gebeurt.

Bij de meeste ouders vond er een voorbereidings- of kennismakingsgesprek plaats. Over het algemeen is men hier tevreden over en de meerderheid van de bevraagde ouders ervaart dit als noodzakelijk.

Praktisch – organisatorisch

TEVREDENHEID

Globaal gezien waren de ouders tevreden over de manier waarop de oudergroepen georganiseerd worden. De ouders voelden zich door de begeleiders goed onthaald. Daarnaast was bijna iedereen tevreden over het aantal sessies. Wanneer de meerderheid van de ouders het aantal te weinig vond, werd in voorziening 2 een extra sessie ingelast. Heel wat ouders ervaren de vervolgsessies echter wel als belangrijk en noodzakelijk. Verder wordt door de meerderheid van de ouders ook de groepsgrootte als ideaal bevonden. Een paar ouders zijn van mening dat de oudergroep bij voorziening 3 iets te groot was, waardoor er niet altijd voldoende tijd was om het onderwerp dat die avond voorzien was voldoende uit te werken.

En de grootte van de groep?

Ik denk iets te groot. Ik zeg het hé, de avond ging eigenlijk door met de rondgang. Ja, tegen dat iedereen de revue was gepasseerd... Misschien als je met vijven bent, of zo, dat je dan meer kunt praten. En je hebt mensen, ja, mensen met een grote mond die de hele avond alle aandacht naar zich toe trekken,heel de tijd over hun kinderen beginnen. Dat werd ook niet echt gestuurd. Dat moest echt van de groep komen. Waarschijnlijk dachten ze van mensen moeten maar tussen komen als ze vinden dat die te lang bezig zijn. Maar wij zijn allemaal beleefde mensen, dus echt zeggen van nu... 't is nu genoeg geweest. Bij iemand anders, dat doe je dan toch niet. En ge kent mekaar ook niet, dus ge begint daar niet te kibbelen, dus. 'k Vond dat er op die manier veel tijd mee door ging, eigenlijk.

Over het algemeen waren de ouders ook tevreden over het tijdstip waarop de sessies doorgingen. Een enkeling vond het startuur te vroeg. Daarnaast was er iemand die de oudergroepen liever tijdens een zaterdagnamiddag zou zien doorgaan. Verder was de meerderheid tevreden over de begeleiding. Een paar ouders van de oudergroep in voorziening 3 (Antwerpen) haalden daarentegen aan dat de begeleiding te jong en bijgevolg onervaren was. Ten slotte vonden de meeste ouders de locatie goed. De ruimte in het voorziening 1 werd echter door een groot aantal mensen als te klein bevonden.

De meerderheid van de mensen woonde niet alle sessies bij. Slechts een tweetal mensen kozen er bewust voor om de sessies niet langer bij te wonen. De overigen konden wegens bepaalde omstandigheden een sessie niet aanwezig zijn.

Inhoudelijk

TEVREDENHEID ALGEMEEN

De ouders kennen een gemiddelde tevredenheidsscore van 7,65 toe, op een schaal van 0 tot 10. De meerderheid haalt aan dat de oudergroep voldoet aan de verwachtingen en dat men zich thuis voelt in de groep. Men vond over het algemeen aansluiting bij de overige deelnemers. De ouders ervaren veel steun van de anderen omdat ze met een gelijkaardig probleem kampen en ze zich in de situatie van een ander kunnen herkennen. Het creëert ook de ruimte om de eigen problemen vanuit een ander perspectief te bekijken. Daarnaast worden gevoelens en ervaringen uitgewisseld en worden er tips gegeven.

Door een enkeling wordt echter aangegeven dat er te weinig vertrokken wordt vanuit de noden van de ouders. Dit uitgangspunt wordt door de grote meerderheid van de ouders niet zo ervaren. Vele geïnterviewden halen precies aan dat de flexibiliteit en het feit dat er vertrokken wordt vanuit de ouders zelf positieve punten zijn.

Iedereen zou het deelnemen aan een oudergroep aanraden aan andere ouders van kinderen met een drugproblematiek. Dit hoofdzakelijk omwille van de steun die men ervaart en de tips die men krijgt. Ook die ouders die minder positieve ervaringen hebben met de oudergroep, zouden er toch voor opteren om andere ouders aan te raden om aan een oudergroep deel te nemen.

THEMA'S

Heel wat ouders vinden de getuigenissen van andere ouders, de uitwisseling van ervaringen zeer interessant. Op die manier zien ze hoe mensen bepaalde zaken anders aanpakken, hoe deze ouders met problemen omgaan, … . Daarnaast vonden heel wat ouders de 'cirkel van verandering' (motivatiecirkel) een belangrijk thema. Andere thema's die als interessant en leerrijk benoemt worden: de soorten drugs en hun werking, communicatie, stromen van verantwoordelijkheid, de juridische informatie en broers en zussen.

Heel wat ouders haalden aan dat er te weinig informatie werd verschaft over de verschillende producten en hun werking; anderzijds werd de productinfo door enkele ouders ook als redundant beschouwd.

> *En productinformatie?*
> *Daar hadden wij in het verleden al via een andere sessie al wat meer informatie over gehad. Dus dat was in die zin al wat minder belangrijk voor ons. Voor ons was het belangrijkste, goed we zitten dus met een bepaalde probleemsituatie, hoe kunnen we die probleemsituatie aanpakken zonder alles in extremis te gaan duwen naar druggebruik en alleen maar te beperken tot dat gegeven.*

Daarnaast waren er ook een aantal thema's die als minder interessant bestempeld werden (gedragsschema van verslaving, juridische informatie, zelfbeeld …). Dit was voornamelijk te wijten aan het feit dat deze ouders, wat betreft deze thema's, reeds over voldoende voorkennis beschikten door professionele, persoonlijke … ervaringen. Ook halen 2 ouders aan dat er niet echt thema's aan bod kwamen.

Daarnaast stellen een aantal ouders voor een beter evenwicht te vinden tussen de inbreng van de ouders en die van begeleiders (meer leiden, advies geven, …). Momenteel ervaren een aantal ouders de inbreng van de begeleiders als onvoldoende. Ten slotte werd door één iemand aangegeven dat de sessies misschien te weinig voorbereid zijn en te ongestructureerd verlopen. Dit zorgt voor heel wat tijdverlies, waardoor bepaalde zaken niet aan bod komen.

AFRONDING

Over het algemeen geven de ouders aan dat ze de afronding als positief ervaren hebben. Een enkeling geeft aan dat er niet echt een afronding heeft plaatsgevonden en heeft dit als een gemis ervaren.

De meeste ouders zeggen wel nood te hebben aan verdere opvolging; deze wordt ook in alle participerende organisaties voorzien en de meerderheid van de ouders vindt dat deze geboden opvolging ook voldoende is.

IV. Conclusie en discussie

In voorliggend rapport werd een onderzoek besproken in drie ambulante voorzieningen die gebruik maken van de GROOD-werkmap. In de voorziene onderzoeksperiode schreven 25 significante anderen (hoofdzakelijk ouders) in voor deelname aan de oudergroepen in één van deze voorzieningen; zij werden op 2 verschillende meetmomenten (bij de start en na afronding van de oudergroep) bevraagd aan de hand van een zelf in te vullen vragenlijst en een diepte-interview. Bij de eerste meting (= start van de oudergroep) werden gegevens verzameld van *22 ouders*: het betrof vooral *moeders* (72,7%); er participeerden 16 vrouwen en 6 mannen. Participerende vaders waren daarenboven bijna altijd vergezeld door hun partners (5/6). Deze lage participatiegraad van vaders is vrij gelijklopend met de participatiegraad van vaders in andere hulpverleningsinitiatieven, zowel binnen als buiten de drughulpverlening. Toch stemt deze vaststelling tot nadenken.

De 22 participerende ouders waren gelinkt aan 18 jongeren (13 jongens en 5 meisjes), waarvan de meerderheid –volgens hun ouders- vooral problemen heeft met het gebruik van cannabis. Op frequentie en hoeveelheden van gebruik hadden niet alle ouders even goed zicht. Het lijkt er op dat de meeste jongeren die cannabis gebruiken dit dagelijks doen. Er dient uiteraard een belangrijke kanttekening gemaakt te worden bij deze gegevens: de informatie over het gebruik is gebaseerd op rapportage van de ouders. Uit verschillende studies (McGillicuddy, Rychtarik; Morsheimer & Burke-Storer, 2007; Fisher, Bucholz, Reich et al., 2006; Williams, McDermitt, Bertrand & Davis, 2003) blijkt dat ouders doorgaans niet goed op de hoogte zijn van het druggebruik van hun kinderen. Vooral bij jonge adolescenten (<16 jaar) blijkt er weinig overeenstemming te bestaan tussen ouder-kind rapportage. Daarnaast zijn ouders doorgaans wel op de hoogte van het alcohol- en cannabisgebruik, maar blijken ze veel minder goed geïnformeerd over het gebruik van andere illegale drugs (Fisher et al.; 2006; Williams et al. 2003).

Slechts een (kleine) minderheid van de jong(eren) met een drugprobleem is nog nooit in behandeling geweest.

Eenentwintig ouders werden gecontacteerd voor een 2de meting (=na afronding van de oudergroep), waarvan er 16 (76,1%) ook een 2de keer bevraagd konden worden. Bijkomende anamnestische gegevens van 12 ouders werden verzameld tijdens deze 2de meting. De oudergroepen bereiken hoofdzakelijk *hooggeschoolde, werkende ouders van middelbare leeftijd* (gemiddelde leeftijd van 48,6 jaar). Het is derhalve een belangrijke vaststelling dat de oudergroepen in de eerste plaats een 'middenklasse groep' bereiken. Bepaalde subgroepen ouders, te denken valt bijvoorbeeld aan ouders van multi-problemgezinnen of ouders van allochtone gezinnen, worden op het eerste zicht niet of in elk geval moeilijk(er) bereikt. In die zin zou gesteld kunnen worden dat de hulpverlening zich dient te beraden over manieren om deze andere subgroepen te bereiken. Vooraleer na te gaan *hoe* deze doelgroepen wel bereikt en / of gerecruteerd kunnen worden voor oudergroepen, is het evenwel belangrijk de vraag te stellen *of* deze gezinnen wel nood hebben aan dergelijk aanbod. Mogelijk is er een groep significante anderen die niet in contact wenst te komen met de professionele hulpverlening in relatie tot de drugproblematiek van hun verwant. Deze keuze moet uiteraard gerespecteerd worden.

Los hiervan bestaat er mogelijk toch nood aan een meer gedifferentieerd aanbod voor significante anderen van druggebruikers. We kunnen pas gefundeerd uitspraak doen over hoe dit aanbod er zou moeten uitzien, na een ruime bevraging bij een grote groep significante anderen, waarin zowel ouders (moeders èn vaders), broers en zussen, vrienden, partners, ... vertegenwoordigd zijn en waarbij er ook rekening gehouden kan worden met een aantal belangrijke interactie-effecten.

In dergelijke bevraging moeten hoe dan ook significante anderen vertegenwoordigd zijn die tot nu toe nog niet met de (categoriale) drughulpverlening in contact kwamen.

Aan de hand van de gebruikte vragenlijst werd onderzocht in welke mate de doelstellingen voor oudergroepen die in de GROOD-werkmap beschreven zijn, ook bereikt worden. Na afronding van de oudergroep bleken ouders significant meer tevreden omtrent het gezinsleven (opvoeding, relaties, ...) (*Familie-tevredenheidsschaal*); ervoeren zij significant minder symptomen, zowel op fysiek als psychologisch vlak (*Symptoom Taxatietest*); en waren zij significant minder intensief betrokken op de problemen (te sterk verbonden met het kind; voortdurende bezorgdheid over de problemen van het kind) (Subschaal *ouderlijke betrokkenheid*). Het coping-gedrag van de ouders (*Coping vragenlijst*) en het toekomstperspectief van de ouders (*Hoop-Wanhoop vragenlijst)* bleken na afloop van de oudergroep niet significant veranderd. Met betrekking tot deze twee laatste subschalen dient eerst en vooral bemerkt te worden dat de analyses konden gebeuren voor een groep van slechts 10 ouders. De statistische power is dus zeer klein. Het is dus een absolute noodzaak dat deze analyses opnieuw uitgevoerd worden op basis van een grotere steekproef.

Het feit dat het copinggedrag van de ouders na afloop van de oudergroep niet gewijzigd was, is op zich niet zo verwonderlijk. Copinggedrag kan immers niet echt gezien worden als een vaardigheid waar in de oudergroepen op ingespeeld wordt. In de oudergroepen wordt hoofdzakelijk aandacht besteed aan het feit dat de ouders (weer) *greep op hun eigen leven moeten hebben*. Coping moet in deze context beschouwd worden als een determinant van (psychische) gezondheid. Afhankelijk van de situatie en het moment zullen ouders ander copinggedrag (kunnen/moeten) stellen: soms is engaged coping wenselijk, terwijl op andere momenten tolerante coping meer bijdraagt tot de psychische gezondheid van de significante anderen. In die zin is het vooral belangrijk om na te gaan in welke situatie men welk copinggedrag stelt en welke invloed deze coping dan heeft op de (psychische) gezondheid. Dergelijke veranderingen kunnen evenwel niet nagegaan worden op basis van de coping vragenlijst die in dit onderzoek gebruikt werd. Daarnaast moeten we ons ook de vraag stellen of het niet noodzakelijk was om, naast copinggedrag, ook de aanwezige/gebruikte ouderschapsvaardigheden te bevragen. De oudergroepen hebben immers veeleer de bedoeling om ouderschapsvaardigheden in kaart te brengen (en eventueel bij te sturen) dan dat ze expliciet inspelen op het gestelde copinggedrag.

Ook het feit dat ouders na afloop van de oudergroepen geen significant positiever toekomstbeeld hebben, valt binnen het bestek van de verwachtingen. Het toekomstperspectief van de ouder zal hoogstwaarschijnlijk veel meer bepaald worden door de actuele situatie van de jongere (of andere gebeurtenissen) dan door vaardigheden die in de oudergroepen aangeleerd zijn.

In relatie tot de door de begeleiders ingevulde risicotaxatie-lijst (die als bedoeling had om op voorhand een aantal risico-factoren te detecteren die de eventueel gunstige effecten van participatie aan de oudergroep belemmeren), werd enkel een samenhang gevonden met copinggedrag. Gezien de steekproef te klein was, en ook de groep uitvallers (N=3) zeer beperkt was, kon de meerwaarde van de risicotaxatie-lijst als voorspeller voor drop-out niet aangetoond worden.

Globaal gezien waren de ouders tevreden over de manier waarop de oudergroepen georganiseerd worden. Ze voelden zich goed onthaald door de begeleiders. Daarnaast was bijna iedereen tevreden over het aantal sessies (4 tot 6 sessies) en de groepsgrootte (variërend van 5 tot 12 deelnemers). Hoewel de meerderheid van de ouders niet alle sessies bijwoonde, waren er slechts 3 afhakers (=8%).

Ook op inhoudelijk vlak waren de ouders gematigd tot zeer tevreden over de oudergroepen. De ouders kennen een gemiddelde tevredenheidsscore van 7,65 toe, op een schaal van 0 tot 10. De

meerderheid haalde aan dat de oudergroep voldoet aan de verwachtingen en dat men zich thuis voelde in de groep. Vooral de getuigenissen van andere ouders en de uitwisseling van ervaringen werd als zeer interessant beschouwd. Iedereen, ook diegenen die de oudergroep zelf minder positief ervaarden, zou andere ouders van kinderen met een drugproblematiek aanraden om deel te nemen aan een oudergroep. De meningen over de thema's die in de verschillende sessies aan bod gekomen zijn, lopen nogal uiteen: deze mening wordt voor een groot stuk bepaald door informatie die ouders reeds in het verleden kregen. Indien deze informatie hen al bekend is, beschouwen ze deze eerder als redundant voor de oudergroep, terwijl andere ouders aangeven dat deze sessie juist wel zeer informatief was voor hen. Het feit of men met een oudergroep moet werken die homogeen dan wel heterogeen samengesteld is op vlak van hulpverleningservaring, ernst van de verslaving van de jongere, etc. komt hier aan de oppervlakte. Het is evenwel zo goed als onmogelijk om een eenduidig antwoord te formuleren op deze vraag. In de praktijk zal best op individuele basis gekeken moeten worden of de noodzaak zich opdringt voor het samenstellen van meer homogene groepen, maar deze keuze zal ongetwijfeld ook mee bepaald worden door praktische aspecten (aantal ouders die zich inschrijven voor de oudergroep).

Samenvattend kan gesteld worden dat uit de bevraging bleek dat ouders over het algemeen de oudergroep waaraan ze deelnamen positief beoordelen en dat er ook een aantal positieve effecten gemeten worden met betrekking tot familietevredenheid, de ervaren symptomen en de betrokkenheid op het drugprobleem. Deze bevindingen stemmen ongetwijfeld hoopvol. Anderzijds is het belangrijk toch ook een aantal kanttekeningen in het achterhoofd te houden.

(1) Het onderzoek werd uitgevoerd bij een zeer beperkte groep ouders. Gezien deze beperkte steekproef is het niet mogelijk een statistisch model te toetsen waarin de wisselwerking tussen de verschillende variabelen in beeld gebracht werd. Een belangrijke beïnvloedende variabele die in dergelijk model gecontroleerd zou kunnen worden is *de ernst van het druggebruik*: de meeste kinderen gebruikten/misbruikten alcohol en/of cannabis, terwijl gebruik van andere illegale middelen eerder beperkt was. Mogelijk hebben we hier evenwel te maken met een onderschatting van het probleem, aangezien ze gebaseerd is op informatie verstrekt door de ouders (zie hoger).

(2) Er werd telkens slechts één oudergroep per voorziening opgevolgd. Dit betekent dat er mogelijk een aantal zeer situationele elementen de resultaten beïnvloed heeft. Zo werd duidelijk dat de ziekte van één vaste, ervaren oudergroepbegeleider, waardoor deze de oudergroep niet mee kon begeleiden, in sterke mate de beoordeling van ouders in één van de oudergroepen mee gekleurd heeft. Het is dus daarom aan te raden in toekomstig onderzoek, meerdere oudergroepen in deze voorzieningen op te volgen, teneinde de invloed van deze situationele factoren beter te kunnen inschatten;

(3) De GROOD-werkmap biedt de mogelijkheid om op een semi-gestandaardiseerde manier een oudergroep inhoudelijk vorm te geven. Toch is er zeer veel ruimte voor flexibiliteit; dit is ongetwijfeld een meerwaarde voor de praktijkwerkers die gebruik maken van de werkmap. Anderzijds brengt deze flexibiliteit beperkingen met zich mee voor de evaluatie: de huidige tendens naar meer evidence-based onderzoek vereist het implementeren van 'randomized controledtrials' (RCT), waarbij interventies op een zeer gecontroleerde manier geïmplementeerd en geëvalueerd worden. De GROOD-werkmap laat, juist omwille van zijn flexibele opbouw, dergelijke implementatie evenwel moeilijk toe. Het lijkt de onderzoekers belangrijk dat in toekomstig onderzoek het werken met oudergroepen (en eventueel andere interventies voor significante anderen van druggebruikers) ook op een evidence-based manier geëvalueerd wordt.

V. Referenties

Andrade C.; Sarmah, P. & Chanaabasavanna, S. (1989). Psychological well-being and morbidity in parents of narcotic dependent males. *Indian Journal of Psychiatry*, 31, 122-127.

Barnard, M. (2005). *Drugs in the family: The impact on parents and siblings*. Layerthorpe: York Publishing Services Ltd.

Blyth, A.; Bamberg, J.; Toumbourou, J.W. (2000). *BEST – Questionnaire for parents*. The Australian Council for Educational Research.

Collins, R.L.; Leonard, K. & Searles, J. (Eds.) (1990). *Alcohol and the family*. New York: Guilford Press

Copello, A. & Orford, J. (2002). Alcohol and the family: is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, 97, 1361–1363.

Coppelo, A.; Templeton, L. & Velleman, R. (2006). Family interventions for drug and alcohol misuse: Is there a best practice? *Current opinion in Psychiatry,* 19:271:276.

De Bock, M. (2004). *Groepswerking ter Ondersteuning van Ouders met Druggebruikende kinderen (GROOD). Leidraad voor Begeleiders*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en Andere Drugproblemen.

Fernandez, A.C.; Begley, E.A. & Marlatt, G.A. (2006). Family and peer interventions for Adults: Past Approaches and Future Directions. *Psychology of Addictive Behaviors,* 20(2): 207-213.

Fisher, S.L.; Bucholz, K.K.; Reich, W.; Fox, L.; Kuperman, S.; Kramer, J.; Hesselbrock, V.; Dick, D.M.; Nurnberger, J.I.; Jr.; Edenberg, H.J.; Bierut, L.J. (2006). Teenagers are right - Parents do not know much: An analysis of adolescent-parent agreement on reports of adolescent substance use, abuse, and dependence. *Alcoholism – Clinical and experimental research* 30 (10): 1699-1710

Krishnan, M.; Orford, J.; Bradbury, C.; Copello, A. & Velleman, R. (2001). Drug and alcohol problems: The users' perspective on family members' coping. *Drug and Alcohol Review,* 20, 385-393.

Macdonald, D.; Russell, P.; Bland, N.; Morrison, A. & De la Cruz, C. (2003). *Supporting families and carers of drug users: A review.* Centre for Research in Families and Relationships. Edinburgh: University of Edinburgh.

McGillicuddy, N.B.; Rychtarik, R.G.; Morsheimer, E.T. & Burke-Storer, M.R. (2007). Agreement between parent and adolescent reports of adolescent substance *use. Journal of Child and Adolescent Substance Abuse,* 16(4), DOI: 10.1300/J029v16n04_04.

European Commision (2005) *Guidelines for the development and criteria for the adoption of Health Survey instruments.*

MacMaster, S.A. (2006). A stress-coping model for conceptualizing the impact of substance abuse on families. *Stress, Trauma and Crisis,* 9(2), 119-137.

Orford, J.; Natera, G.; Davies, J.; Nava, A. Mora, J.; Rigby, K.; Bradbury, C.; Bowie, N.; Copello, A. & Velleman, R. (1998). Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction,* 93(12), 1799-1813.

Orford, J.; Templeton, L.; Velleman, R.; Copello, A. (2005). Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: a set of standardised questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction,* 100, 1611-1624.

Soyez, V. (2004). *The influence of social networks on retention in and success after therapeutic community treatment.* Orthopedagogische Reeks Gent, N°16. Gent: Academia Press.

Soyez, V.; Broekaert, E. (2005). Therapeutic communities, Family Therapy, and Humanistic Psychology: History and Current Examples. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 302-332.

Towsend, A.L.; Biegel, D.E.; Ishler, K.J.; Wieder, B. & Rini, A. (2006). Families of persons with substance use and mental disorders: A literature review and conceptual framework. *Family Relations,* 55: 473-486

Van der Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist,* 1 (2), 89-99.

Velleman, R.; Templeton, L.; Copello, A. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review,* 24: 93-109.

Williams, R.J.; McDermitt, D.R.: Bertrand, L.D. & Davis, R.M. (2003). Parental awareness of adolescent substance use. *Addictive behaviors,* 28 (4): 803-809.

Zohhadi, S.; Templeton, L. & Velleman, R. (2006). *Evaluation of interventions towards the significant other.* University of Bath: Mental Health Research and Development Unit (MHRDU).

VI. Bijlagen

Universiteit Gent – Vakgroep Orthopedagogiek (Veerle Soyez – Bieke Larock)

Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (Mia De Bock – Fred Laudens)

Hogeschool Gent – Departement Sociaal-Agogisch Werk (Stijn Van de Velde)

BIJLAGE 1

Vragenlijst voor ouders[1]

Vragenlijst ingevuld door (codenummer): ....

Opmerking: een aparte vragenlijst moet ingevuld worden door elke ouder

Versie: Man, Alcohol

[1] Deze vragenlijst is een bewerking van:

© Blyth, A.; Bamber, J.; Toumbourou, J.W. (2000). 'Questionnaire for parents', The Australian Council for Educational Research Ltd.

en

© Orford, J.; Templeton, L.; Velleman, R.; Copello, A. (2005). A set of standardised questionnaires for assessing stress, coping and strain for completion by family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems'. Alcohol, Drugs, Gambling and Addiction Research Group, School of Psychology, The University of Birmingham.

Vertaling: Soyez, V.; De Bock, M.; Laudens, F.; Larock, B.; Vandevelde, S. (2006).

Vragenlijst voor ouders (deel 1)

Familie tevredenheidsschaal

Symptoom taxatie test

Ouderlijke betrokkenheid

Vragenlijst ingevuld door (codenummer): ....

Datum: ..../.........../.................

<u>Opmerking:</u> een aparte vragenlijst moet ingevuld worden door elke ouder

Familie-tevredenheidsschaal

Lees de volgende vragen en omcirkel het nummer op de schaal van 1 tot 10 dat het best je tevredenheidsgevoel weergeeft.

Hoe tevreden ben je over het gedrag van je kinderen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

heel ontevreden **heel tevreden**

Hoe tevreden ben je over je manier van opvoeden?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

heel ontevreden **heel tevreden**

Hoe tevreden ben je over de relatie met je kind waarvoor je deze sessies volgt/volgde?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

heel ontevreden **heel tevreden**

Hoe tevreden ben je over de relaties binnen je gezin in het algemeen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

heel ontevreden **heel tevreden**

Symptoom taxatie test (30 items)

Hoe vaak hebt u elk van de volgende symptomen ervaren gedurende de laatste 3 maanden? Gelieve één antwoord per vraag aan te kruisen.

	NOOIT	SOMS	VAAK
1. Je duizelig of flauw voelen			
2. Je moe voelen of gebrek hebben aan energie			
3. Je zenuwachtig voelen			
4. Druk of spanning in je hoofd voelen			
5. Je angstig of verschrikt voelen			
6. Weinig eetlust hebben			
7. Snelle hartslag of hartkloppingen zonder reden hebben (kloppen of bonzen)			
8. Het gevoel hebben dat er geen hoop is			
9. Je rusteloos of prikkelbaar voelen			
10. Een slecht geheugen hebben			
11. Pijn in de borst of ademhalingsmoeilijkheden hebben of het gevoel hebben niet genoeg lucht te krijgen			
12. Je schuldig voelen			
13. Je zorgen maken			
14. (Spier)pijnen of reuma hebben			
15. Het gevoel hebben dat mensen op je neerkij ken of slecht over je denken			
16. Trillen of beven			

	NOOIT	SOMS	VAAK
1. Moeite hebben om helder te denken of moeite hebben besluiten te nemen			
2. Je waardeloos of mislukt voelen			
3. Je gespannen of 'opgewonden' voelen			
4. Je minder voelen dan andere mensen			
5. Je lichaam (of een deel ervan) voelt verstijfd of tintelend aan			
6. Lichtgeraakt zijn			
7. Gedachten hebben die je niet uit je hoofd kan krijgen			
8. Interesseverlies in de meeste zaken			
9. Je ongelukkig of depressief voelen			
10. Paniekaanvallen hebben			
11. Je lichaam (of een deel ervan) voelt zwak aan			
12. Je niet kunnen concentreren			
13. Het duurt lang om in slaap te vallen of een rusteloze slaap of nachtmerries hebben			
14. Vroeg wakker worden en niet meer kunnen inslapen			

Ouderlijke betrokkenheid

Beschrijf hoe je je de laatste dertig dagen hebt gevoeld met betrekking tot het kind waarvoor je deze sessies volgt/volgde. Geef met een kruisje in de passende kolom aan hoe vaak je je zo voelde: Bijna altijd, Veel dagen, Sommige dagen, Zelden/nooit

	Bijna altijd	**Veel dagen**	**Sommige dagen**	**Zelden/ nooit**
1. **Mijn 'goed voelen' is volledig verbonden met mijn kind**				
2. **Ik kan niet gelukkig zijn als mijn kind niet gelukkig of gezond is**				
3. **Ik ben voortdurend bezorgd over de problemen van mijn kind**				

Vragenlijst voor ouders (deel 2)

Coping Vragenlijst

Hoop-Wanhoop vragenlijst

Vragenlijst ingevuld door (codenummer): ....

Datum: ..../............/.................

Opmerking: een aparte vragenlijst moet ingevuld worden door elke ouder

Coping Vragenlijst (30 items)

Heb/Ben je recent (gedurende de laatste 3 maanden) ...

Gelieve één antwoord te omcirkelen

1	**Geweigerd om hem geld te lenen of hem op een andere manier financieel te helpen?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
2	**De belangen van andere familieleden voor de zijne geplaatst?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
3	**Jezelf uitgesloofd voor hem, bijvoorbeeld door hem naar bed te brengen of door zijn rommel op te ruimen nadat hij gedronken had?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
4	**Hem geld gegeven, zelfs wanneer je dacht dat hij het zou uitgeven om te drinken?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
5	**Met hem samen gezeten en openlijk gepraat over wat er zou kunnen gedaan worden aan zijn drinken?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
6	**Een woordenwisseling met hem begonnen over zijn drinken?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
7	**Bij hem gepleit om iets te doen aan zijn alcoholgebruik?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
8	**Wanneer hij onder invloed was van alcohol, hem alleen gelaten om voor zichzelf te zorgen of uit zijn buurt gebleven?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
9	**Hem heel duidelijk gemaakt dat zijn drinken je van streek maakt en dat het moest veranderen?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
10	**Je te bang gevoeld om iets te doen?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK

Heb/Ben je recent (gedurende de laatste 3 maanden)...

Gelieve één antwoord te omcircelen

11	**Geprobeerd om zijn drinken te beperken door er regels rond op te stellen, bijvoorbeeld verbieden om te drinken in huis of verbieden om vrienden die drinken mee naar huis te nemen?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
12	**Je beziggehouden met eigen interesses of gezocht naar nieuwe interesses of bezigheden voor jezelf, of meer betrokken geraakt bij een politieke, religieuze, sport- of andere vereniging?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
13	**Hem aangemoedigd te zweren of te beloven niet te drinken?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
14	**Je te hopeloos gevoeld om iets te doen?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
15	**Hem zo veel mogelijk vermeden omwille van zijn drinken?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
16	**Humeurig of emotioneel geworden omwille van hem?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
17	**Elke beweging van hem gevolgd of hem gecontroleerd of nauwlettend in de gaten gehouden?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
18	**Verder gedaan met je eigen zaken of gedaan alsof hij er niet was?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
19	**Duidelijk gemaakt dat je zijn redenen om te drinken niet zou aanvaarden, of dat je hem niet zou indekken bij problemen?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
20	**Bedreigingen geuit die je niet echt van plan was uit te voeren?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK

Heb/Ben je recent (gedurende de laatste 3 maanden)...

Gelieve één antwoord te omcirkelen

21	**Hem duidelijk gemaakt wat je verwachtingen waren over wat hij moet doen om bij te dragen tot het gezin/de familie?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
22	**Het voor hem opgenomen of hem gesteund wanneer anderen kritiek op hem gaven?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
23	**In een toestand geweest dat je geen beslissing meer nam of kon nemen?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
24	**De situatie aanvaard als een deel van het leven dat niet kan veranderd worden?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
25	**Hem ervan beschuldigd niet van je te houden of je teleur te stellen?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
26	**Met hem samen gezeten om hem te helpen de financiële situatie uit te klaren?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
27	**Wanneer er dingen gebeurd waren als gevolg van zijn drinken, excuses voor hem gezocht, hem ingedekt, of de schuld op jezelf genomen?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
28	**Gezocht naar zijn drank of deze zelf verstopt of weggedaan?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
29	**Jezelf soms op de eerste plaats gezet door voor jezelf te zorgen of jezelf te trakteren?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK
30	**Geprobeerd om te doen alsof alles normaal was, gedaan alsof alles in orde was (terwijl dat niet zo was), of geprobeerd de omvang van zijn drinken te verbergen?**	NEEN	EEN OF TWEE KEER	SOMS	VAAK

Hoop-Wanhoop Vragenlijst (10 item formulier)

Hoe kijk je op dit ogenblik naar de toekomst?

Gelieve één antwoord per vraag aan te kruisen

	Hele-maal akkoord	Akkoord	Weet niet	Niet akkoord	Hele-maal niet akkoord
1. Ik begin me nu op een nieuwe toekomst voor te bereiden					
2. Ik ben bang hoe het verder zal gaan met mijn zoon					
3. Mijn zoon bekijkt de zaken niet ernstig genoeg					
4. Ik ben pessimistisch over de onmiddellijke toekomst					
5. Ik geloof dat hieruit iets echt goeds zal voortkomen voor mijn zoon					
6. Er zal nooit iets veranderen, mijn zoon zit vast					
7. Ik maak me er zorgen over dat mijn zoon tot het einde zal drinken/drugs zal gebruiken					
8. De dingen beginnen beter te worden					
9. Ik begin de persoon die ik kende terug te krijgen					
10. Ik sta nu positiever tegenover de dingen					

BIJLAGE 2

Afrondingsinterview ouders

ID-code: ....

Datum:__ / __ / ______

Plaats van het interview: ....

Audio-opname: ☐ ja ☐ neen

Belangrijke opmerkingen (verstorende elementen tijdens het interview; andere aanwezigen etc., ...)

Belangrijk: indien beide ouders deelnamen aan de oudergroep → apart interviewen

Invullen vragenlijst

Deel 1 en deel 2

Evaluatie oudergroep

Vooraf benadrukken dat het om een open interview gaat, waarbij de ouder steeds het recht heeft om op bepaalde vragen niet te antwoorden.

De gegevens worden anoniem verwerkt en niet op naam doorgegeven aan de begeleiders van de oudergroep.

Toeleiding oudergroep

Op welke manier kwam u te weten over het bestaan van de oudergroep?

Vond u dat u op voorhand voldoende informatie had over wat er in de oudergroep aan bod ging komen?

Is er een voorbereidings-/kennismakingsgesprek geweest?

Vond u dit noodzakelijk?

Wat waren, voor de start, uw verwachtingen van de oudergroep? (waarom wou u daaraan mee doen? Wat verwachtte u daar te 'krijgen'/ 'vinden')?

Wat was uw belangrijkste reden om aan deze oudergroep deel te nemen?

Voorstellen/suggesties om het anders te doen?

Praktisch-organisatorisch

Hoe vond u de oudergroep georganiseerd?

(uitnodiging vooraf? Onthaal/verwelkoming voor oudergroep? Startuur – uur van afronden? Aantal sessies? Grootte van de groep?)

Wat vond u van de locatie waar de oudergroep doorging?

(locatie/ inrichting van de ruimte waar de groep doorging / comfort / privacy / ...)

Bent u aanwezig geweest op alle sessies?

Indien neen: welke sessie(s) niet? Reden?

Indien afgehaakt: Reden?

Voorstellen/suggesties om het anders te doen?

Inhoudelijk

Achteraf bekeken, wat is uw algemene indruk van de oudergroep?

Op een schaal van 0 tot 10, hoe tevreden bent u over de oudergroep?

Wat zijn, volgens u, de belangrijkste thema's die aan bod gekomen zijn in de oudergroep?

Welke thema's vond u het meest interessant? Waarom?

Welke thema's spraken u absoluut niet aan? Waarom?

Vindt U dat, de verwachtingen die je vooraf had over de oudergroep, ingelost werden? Waarom wel / niet?

Wat vond u de belangrijkste meerwaarde?

Wat hebt u gemist?

Voelde u zich thuis in de groep? Vond u aansluiting bij de overige deelnemers?

Hoe is de afronding verlopen?

Hebt u nood aan verdere opvolging? Welke?

Zou u dergelijke oudergroep aanraden aan andere ouders van kinderen met een drugproblematiek?

Waarom wel / niet?

Voorstellen/suggesties om het anders te doen?

Heb je nog specifieke suggesties aan de begeleiders van de oudergroep?

Anamnestische gegevens

☐ man ☐ vrouw

Leeftijd: ....

Relatie tot kind met drugproblematiek: ouder / stiefouder / pleegouder / adoptieouder / grootouder / oom of tante / ....

Wat is uw opleidingsniveau (hoogste diploma)?

- Basisonderwijs
- Getuigschrift 1ste graad secundair onderwijs
- 3de jaar voltijds secundair beëindigd / 5de jaar voltijds BuSO beëindigd (jaar uitgedaan)
- Getuigschrift 2de graad SO (15-16 jaar) of deeltijds SO; getuigschrift van de leertijd, getuigschrift 5de jaar voltijds BuSO
- Studiegetuigschrift 3de graad (BSO)
- Diploma secundair onderwijs
- Diploma hoger onderwijs sociale promotie
- Diploma hoger onderwijs
  - Niet-universitair
  - Universitair

Eventueel toelichting i.v.m. richting

Wie zorgt voor de inkomsten in het gezin?

- Moeder alleen
- Vader alleen
- Beide ouders
- Andere

Bent u momenteel tewerkgesteld?

- Zo ja, welk beroep oefent u uit (eventueel: toelichting i.v.m. functie-invulling)
  - Werkt u voltijds?
- Zo neen, in welk inkomens-statuut bent u momenteel?
  - Werkloos
  - Invaliditeit
  - Gepensioneerd
  - Bijstand (leefloon/OCMW)
  - Geen inkomen (huisvrouw)

Hebt u, desgevallend naast uw tewerkstelling, nog andere belangrijke activiteiten (hobby's, ...)?

(verenigingsleven, vrijwilligerswerk, ...)

Welke?

Gezinssituatie

Burgerlijke staat: getrouwd (of samenwonend)

hertrouwd (of samenwonend)

wettelijk gescheiden – sinds ....

feitelijk gescheiden – sinds ....

weduwe / weduwenaar – sinds ....

Hoe zou u uw gezin zelf omschrijven?

Hoe is de relatie/ hoe verloopt de communicatie tussen de verschillende gezinsleden?

Samenstelling gezin:

Hoeveel personen wonen op dit ogenblik in het gezin: .... (feitelijke situatie)

aantal kinderen: ....

waarvan ..... stiefkinderen

waarvan ..... adoptiekinderen

waarvan ..... pleegkinderen

Voornaam	Geslacht	Leeftijd	Thuiswonend	Half- /stiefbrus van kind met problemen? (????)

(opm.: kind(eren) om wie het gaat wordt als eerste vermeld – aanduiden met asterix)

Zijn er nog andere kinderen met problemen (bepaalde beperkingen of handicaps/medisch/psychisch/financieel)? (welke kinderen / welke problemen?)

Volgende 2 vragen: afwegen of en hoe ze gesteld kunnen worden

Heeft u zelf (nu of in het verleden) problemen (bepaalde beperkingen of handicaps /medisch/ psychisch/ gebruik van middelen/ financieel)? Welke?

Heeft uw (ex-)partner (nu of in het verleden) problemen (bepaalde beperkingen of handicaps /medisch/ psychisch/ gebruik van middelen/financieel)? Welke?

Deze vraag enkel stellen indien nog niet eerder aan bod gekomen *(cfr. 'hoe zou u uw gezin omschrijven')*

Hoe zou u de relatie met uw (ex-)partner omschrijven?

Is deze relatie veranderd (verbeterd / verslechterd) door de problemen met uw kind(eren)?

Was u (en/of uw partner) op het ogenblik van de start van de oudergroep nog ergens anders in begeleiding / behandeling *(voor psychische, medische of andere problematiek, ... / niet noodzakelijk omwille van probleem kind)*?

Toelichten (voor eigen problemen; voor problemen met één van de kinderen; ...)

Op wie uit uw omgeving (gezin/ruimere familie/ruimere omgeving) kunt u steunen wanneer u daar nood aan heeft?

Wat zijn de zaken/dingen die je doet om (te proberen) om te gaan met de problemen van uw kind(eren)?

Hebt u vroeger al andere dingen geprobeerd?

Achtergrondsgegevens kind(eren) met drugprobleem

Te herhalen indien meerdere kinderen met drugprobleem

Algemeen

Hoe zou je je kind omschrijven?

Wat zijn positieve eigenschappen?

Wat zijn negatieve eigenschappen?

Hoe zou je de relatie met je kind omschrijven?

Op dit ogenblik?

Vroeger / voor de start van het druggebruik?

Welke middelen gebruikt het kind?

Weet u ook hoe vaak, in welke hoeveelheden en op welke manier?

Frequentie gebruik: aantal dagen per maand? (nagaan: is dit recent toegenomen/verminderd?)

Gebruikswijze:

1 = slikken, drinken

2 = snuiven

3 = roken, inhaleren, freebasen, chinezen

4 = spuiten, NIET intraveneus

5 = intraveneus spuiten

	Frequentie gebruik?	Hoeveel?	Gebruikswijze
Alcohol (misbruik)			
Marihuana/hasj, cannabis			
Amfetamines			
Kalmeer- en/of slaapmiddelen			
Barbituraten			
Cocaïne/crack			
Tripmiddelen (LSD's, paddo's)			
Party drugs (XTC, MDMA)			
Vluchtige stoffen (lijm, gas)			
Heroine			
Methadon			
Andere opiaten/pijnstillers			
Doping/hormonen			
Andere			

Op welke leeftijd is het druggebruik gestart? (Indien mogelijk: specifiëren per middel)

Wanneer is het druggebruik, in uw ogen, problematisch geworden? (*dus: voor de ouders zelf*)

Op welke leeftijd kwam u te weten dat er een probleem was?

Wat was de impact hiervan op het gezin (ouders / andere kinderen)? Welke stappen hebt u –of andere gezinsleden- toen ondernomen? Wat werkte / wat werkte niet?

Wat is/zijn volgens u de oorzaak/oorzaken van het druggebruik?

Is er reeds één of meerdere behandelingsepisode geweest?

Wanneer?

Waar?

Duur?

Resultaten?

Werd u bij deze behandeling betrokken?

Op welke manier?

Hoe hebt u dit ervaren?

Zijn er naast het druggebruik nog andere problemen?

School en/of tewerkstelling

Agressie

Criminaliteit / gevangenisstraf

Dubbele diagnose (bijkomende psychiatrische problematiek)

Bijlage 3

Opstartgesprek begeleiders

Datum: ..../.........../.....................

Identificatie oudergroep: ....

Aanwezige begeleiders:..

Interviewer:...

Oudergroep gaat door op volgende data:

(1) ..../.........../......................
(2) ..../.........../......................
(3) ..../.........../......................
(4) ..../.........../......................
(5) ..../.........../......................

Interviewtopics

Achtergrond oudergroep

Historiek

- Hoe lang bestaat de oudergroep al?

- Hoe lang /sinds wanneer wordt er al gewerkt volgens de G.R.O.O.D.-methodiek?
  - Waarom werd er in de voorziening gekozen om met de G.R.O.O.D.-methodiek te werken?
  - Was de keuze voor de G.R.O.O.D.-methodiek een bewuste keuze? Door wie werd deze keuze genomen?

- Zijn de huidige begeleiders van de oudergroep al van bij de start betrokken?
  - Zo neen, wanneer zijn ze ingestapt?

Werking

- Wordt er –naast het G.R.O.O.D.-draaiboek- gebruik gemaakt van bepaalde theoretische uitgangspunten/invalshoeken (specifiek in de oudergroep)?

- Welke doelstellingen poogt men te bereiken met de oudergroep?
  - Op welke basis werd voor deze doelen gekozen?
  - Gebeurt er nu reeds één of andere vorm van evaluatie van de werking (van de oudergroep)? Wordt op één of andere manier nagegaan of de doelen bereikt worden?

- Is de werking van de oudergroep verankerd in de ruimere werking van de voorziening / organisatie?
  - Op welke manier?

- Bestaan er samenwerkingsakkoorden met andere voorzieningen, oudergroepen, ... (specifiek in functie van de organisatie van de oudergroep)?

- Hoe wordt de oudergroep gefinancierd?
  - Welke subsidie-kanalen worden aangewend?
  - Beïnvloedt de subsidiëring de werking van de oudergroep?

Praktisch-organisatorische aspecten

Vooraf

- Hoe vaak wordt een oudergroep (op jaarbasis) georganiseerd?
  - Wordt dit lang op voorhand bepaald?
  - Wordt hier soms van afgeweken?

- Hoe verloopt de recrutering van ouders?
  - Bekendmaking? Hoe gebeurt de info-verstrekking naar potentiële ouders?
  - Via welke kanalen worden ouders eventueel doorverwezen naar de oudergroep?
  - Worden er bepaalde groepen ouders niet/onvoldoende bereikt? Welke?
    - Worden er (bijkomende) initiatieven genomen om dergelijke 'moeilijk bereikbare groepen' toch te bereiken?

- Worden er specifieke in- of exclusiecriteria gehanteerd?
  - Indien er bepaalde ouders niet kunnen aansluiten (exclusiecriteria), worden zij dan op een andere manier begeleid/doorverwezen? (denk aan ouders met ernstige psychiatrische problematiek; ouders die zelf middelen gebruiken of misbruiken; ouders die geen of onvoldoende Nederlands spreken)
  - Kunnen andere subgroepen significante anderen (grootouders, partners, broers en zussen?) ook aansluiten?
  - Wordt vooraf een minimum of maximum aantal deelnemers vastgelegd?
    - Hoeveel deelnemers zijn er gemiddeld?

- Hoe verloopt de inschrijving?
  - Is er een instapgesprek voorzien?
  - Moeten ouders betalen om deel te nemen?
    - Zo ja, is dit een vaste of een variabele kostprijs (bvb. afhankelijk van inkomen)?
    - Terugbetaling (geheel of gedeeltelijk) voor ouders die afhaken?
  - Wat gebeurt er indien (één of meerdere sessies van) de oudergroep niet kunnen doorgaan?

    Bvb. bij onvoldoende inschrijvingen, bij ziekte begeleider, ...

- Worden vooraf reeds een aantal afspraken gemaakt met de ouders over het verloop van de oudergroep?
  - Welke?

Tijdens

- Wordt er gewerkt volgens een vast stramien?
  - Wordt vooraf een algemeen plan opgesteld hoe de verschillende sessies ingevuld zullen worden?
  - Ligt het aantal sessies vooraf vast?
  - Wordt steeds gekozen voor dezelfde thema's?
    - Zo ja, welke thema's
    - Wie maakt de keuze voor de thema's?
    - Wanneer/in welke situaties wordt daar eventueel van afgeweken?

- Begeleiding
  - Wordt de oudergroep steeds door dezelfde begeleider(s) geleid?
  - Indien er meerdere begeleiders zijn, wordt er vooraf een bepaalde taakverdeling afgesproken tussen de begeleiders?
  - Worden er soms externen betrokken?
  - Wordt er een vorm van supervisie/nabespreking/evaluatie voorzien voor de begeleiders?
  - Houden begeleiders schriftelijke informatie (bvb. anamnestische gegevens / een 'dossier') bij van de deelnemers
    - Zo ja, wordt dit ook nog bewaard na afronding van de oudergroep
    - Wordt deze informatie eventueel gebruikt bij doorverwijzingen

- Worden afspraken gemaakt met de ouders om de oudergroep 'goed' te laten verlopen?
  - Welke?
  - Wat indien afspraken overtreden worden?

- Hoe verloopt de afronding met de ouders (laatste sessie)?
  - Krijgen de ouders de mogelijkheid tot evalueren? Hoe verloopt deze evaluatie (mondeling/schriftelijk/...)

Na

- Wat gebeurt er na afronding van de oudergroep?
  - Is er een vorm van nazorg/doorverwijzing voorzien voor de ouders?
- Hoe verloopt de afronding van een oudergroep voor de begeleiders?
  - Zijn er nog administratieve formaliteiten
  - Gebeurt er eventueel een interne evaluatie?
    - Wie is bij dergelijke evaluatie aanwezig

Bijlage 4

Tussentijdse bevraging begeleiders

Praktisch-organisatorisch

Datum oudergroep:

Waren beide begeleiders aanwezig?

Waren alle ouders aanwezig?

- Wie niet?
- Was dit aangekondigd? (was persoon verontschuldigd?)
- Reden?

Waren er andere organisatorische problemen die vermeldenswaard zijn (bvb. i.v.m. de het te gebruiken lokaal, timing, ...)?

Inhoudelijk

Welke thema's werden tijdens deze sessie behandeld?

- Zijn er andere thema's aan bod gekomend dan oorspronkelijk gepland?
- Zijn er zaken/thema's NIET aan bod kunnen komen die wel gepland waren?

Had je de indruk dat de thema's de deelnemers aanspraken?

Welke ouders vielen evt. uit op een bepaald thema? Reden?

Zijn er voorstellen gekomen die in een volgende sessie opnieuw opgenomen moeten worden?

Deelnemers

Hoe verloopt de interactie binnen de groep ouders?

Zijn er bepaalde ouders niet/moeilijk met elkaar kunnen communiceren?

Is er een opvallende homogeniteit of heterogeniteit in de groep die tijdens deze sessie tot uiting kwam?

Zijn er personen die echt 'uit de boot vallen'?

Zijn er belangrijke opmerkingen over bepaalde deelnemers

- Algemeen functioneren (psychologische toestand; belangrijke gebeurtenissen sinds vorige sessie)
- Emotioneel afhaken
- Opmerkelijke evolutie in positieve of negatieve zin

Bijlage 5

Risico-taxatielijst

<u>'Ja'-antwoorden</u> zijn een <u>extra-risicofactor</u> voor de ouder

		ja	nee	?
	Adolescent			
1	Adolescent is allochtoon?			
2	Adolescent heeft verstandelijke beperking?			
3	Adolescent heeft psychiatrische problematiek?			
4	Adolescent heeft druggebruikende broer(s)/zus(sen)?			
5	Adolescent heeft gedragsproblemen thuis en/of op school?			
6	Adolescent heeft justitiële problemen?			
7	Adolescent is passief (drop-out, geen werk, niets doen)?			
8	Druggebruik adolescent is ernstig?			
	Ouder			
9	Ouder heeft verstandelijke beperking en/of heeft laag opleidingsniveau?			
10	Ouder heeft psychiatrische problematiek?			
11	Ouder heeft vroegere contacten met bijzondere jeugdzorg (angst om uit ouderlijk gezag ontzet te worden)?			
12	Traumata bij ouder?			
13	Beide ouders zitten niet op zelfde lijn over aanpak adolescent?/conflicten tussen ouders?			
14	Ouder heeft weinig sociale ondersteuning van vrienden/familie?			
15	Ouder heeft geen openheid om te communiceren met anderen over emotionele problemen?			
16	Ouder gebruikt ook drugs?			
17	Ouder heeft een rigiede of losse opvoedingsstijl?			
18	Ouder heeft perceptie van beperkte impact op adolescent gedrag?			
	Adolescent-ouder			
19	Ouder heeft weinig emotionele betrokkenheid bij gedrag adolescent?			
20	Ouder heeft geen open communicatie met adolescent?			
21	Ouder heeft weinig communicatie met adolescent?			
22	Ouder heeft schuldgevoelens met betrekking tot druggebruik adolescent?			
22	Ouder heeft schuldgevoelens met betrekking tot druggebruik adolescent?			
23	Ouder heeft angst met betrekking tot druggebruik adolescent?			
24	Ouder ervaart woede met betrekking tot druggebruik adolescent?			
23	Ouder heeft angst met betrekking tot druggebruik adolescent?			
24	Ouder ervaart woede met betrekking tot druggebruik adolescent?			